

2021

Resumen de beneficios

Imperial Insurance Company Traditional (HMO) 003

Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP) 004

Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Insurance Traditional Plus (HMO) 007



IMPERIAL INSURANCE COMPANIES

Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP)

Este documento está disponible gratis en español. Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al 1-800-838-8271 (TTY 711), del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, o del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, excepto festivos, o visítenos en www.imperialhealthplan.com.



¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP), usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Vive en nuestra área de servicio
- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- Es ciudadano estadounidense

Algunos de nuestros planes tienen requisitos adicionales para unirse.

- Para inscribirse en Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP), debe tener tanto Medicaid como Medicare.
- Para inscribirse en Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) usted también debe haber sido diagnosticado con un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Imperial Insurance Companies cuentan con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que están disponibles para proporcionarle atención médica y de beneficios suplementarios. Al inscribirse en nuestro plan de salud, usted debe seleccionar un médico de cuidado

de salud primario (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP trabajará con nosotros para coordinar su atención médica y especializada cuando necesite atenderse con otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no se encuentra en nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios, excepto en caso de emergencia. Puede revisar nuestros directorios en nuestro sitio web: www.imperialhealthplan.com.

¿Cómo determino mis costos de medicamentos recetados de la Parte D?

Los medicamentos de la Parte D que cubrimos están clasificados en cinco y seis niveles diferentes, dependiendo del paquete de beneficios del plan en el que se inscribe. Usted necesitará una copia de nuestra lista de medicamentos o “formulario” para determinar en qué nivel se encuentra su medicamento. El monto que usted pague dependerá del nivel del medicamento, el número de días para el suministro del medicamento, la etapa de beneficio que usted ha alcanzado, si está usando una farmacia de la red y el tipo de farmacia que utiliza (por ejemplo, venta al por menor, pedido por correo, cuidado a largo plazo, infusión en el hogar, etc).

¿Dónde puedo encontrar más información?

El personal de nuestro Departamento de Membresía está a su disposición para responder cualquier pregunta sobre elegibilidad y beneficios. Llame al 1-800-838-8271, (TTY: 711), 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 6:00 a.m. a 8:00 p.m. PST, excepto festivos.

Este Resumen de Beneficios es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni incluye todas las

limitaciones o exclusiones. Para pedir una lista completa de los servicios que cubrimos, consulte la “Evidencia de cobertura”. Puede encontrar este manual en nuestro sitio web en www.Imperialhealthplan.com, enumerado bajo “member benefits”.

Si desea informarse más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, por favor, consulte el manual “Medicare y Usted”. Puede encontrar este manual en www.Medicare.gov o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Área de servicio de Imperial Insurance Companies

Plan	Condados donde atendemos
Imperial Insurance Company Traditional (HMO) 003	Arizona: Coconino, Maricopa, Pima, Pinal, Yavapai Nevada: Clark New Mexico: Bernalillo Texas: Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Harris, Hays, Montgomery, Nueces, Tarrant, Travis, Williamson, and Wise Utah: Salt Lake
Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) 005	
Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP) 004	Texas: Bexar, Collin, Comal, Dallas, Denton, El Paso, Fort Bend, Harris, Hays, Montgomery, Nueces, Tarrant, Travis, Williamson, and Wise
Imperial Insurance Traditional Plus (HMO) 007	Arizona: Maricopa, Pima, Coconino, Pinal, Yavapai Nevada: Clark New Mexico: Bernalillo Utah: Salt Lake

Imperial Insurance Company Traditional (HMO) 003

Primas y beneficios	Imperial Insurance Company Traditional (HMO)
<p>Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: usted paga \$0 al mes • Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible para la Parte C
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Después de la estadía cubierta por Medicare, usted paga \$125 por días 1-5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
<p>Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telemedicina por teléfono o video
<p>Atención preventiva^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios cubiertos
<p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$120 • Su copago no se aplica si ingresa en el hospital dentro de las 48 horas

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Insurance Company Traditional (HMO)
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de radiología diagnóstica (por ej., MRI, CT) • Radiografías para pacientes externos • Servicios de laboratorio • Exámenes de diagnóstico • Servicios de radiología terapéutica
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare: usted paga 20% • Examen auditivo de rutina: usted paga 20%. El plan cubre hasta \$250 por año calendario • Subvención para audífonos: usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario
<p>Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año • Usted paga \$0 por servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales y otros servicios. Su plan cubre hasta \$500 cada tres meses <p>La atención dental es proporcionada por Healthplex Dental</p>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios para 2021 *Sección 2 Imperial Insurance Company Traditional (HMO)*

<p>Servicios de la vista</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la vista cubiertos por Medicare: usted paga \$0 • Usted paga \$15 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$15 por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos cada dos años (lentes y marcos) • Un par de lentes de contacto cada dos años • El plan cubre hasta \$250 cada dos años para anteojos <p>La atención de la vista es proporcionada por March Vision</p>
---	---

Primas y beneficios	Imperial Insurance Company Traditional (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por los servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Después de la estadía cubierta por Medicare, usted paga \$200 al día por días 1-7 • Usted paga \$0 al día por días 8-90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$164.50 al día por días 21 - 100
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón): usted paga 20% del costo total • Usted paga \$15 por: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y lenguaje

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios para 2021 *Sección 2 Imperial Insurance Company Traditional (HMO)*

Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$125 por viaje de ida por tierra• Usted paga 20% del costo total por viaje por aire• Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por Medicamentos de la Parte B?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D Imperial Insurance Company Traditional (HMO)		
Prima de la Parte D	Usted paga \$0	
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$6,550	
Etapa de deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)	
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,130	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00	\$90.00
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00	\$180.00
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
Etapa de Período sin cobertura	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales del bolsillo por sus medicamentos alcancen los \$6,550	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$0.00	\$0.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos		
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios para 2021 *Sección 2 Imperial Insurance Company Traditional (HMO)*

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$6,550, usted paga
	El monto que sea mayor entre \$3.70 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$9.20 por todos los demás medicamentos, o 5%

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Insurance Company Traditional (HMO)
<p>Centro quirúrgico ambulatorio^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por consultas en el centro quirúrgico ambulatorio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare
<p>Servicios de salud en el hogar^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de salud en el hogar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de salud en el hogar
<p>Equipo médico / Suministros^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Equipo médico/suministros?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)^{1,2}, tales como una silla de ruedas • Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de tratamiento por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal
<p>Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) ¿Cuál es mi beneficio mensual de OTC?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$60 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
<p>Cuidado rutinario de los pies^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de cuidado de los pies?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios para 2021 *Sección 2 Imperial Insurance Company Traditional (HMO)*

<p>Programas de bienestar</p> <p>¿Cuál es mi beneficio de acondicionamiento físico/membresía para el gimnasio?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o hasta dos kits de ejercicios para el hogar• El Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar y los gimnasios participantes son ofrecidos a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial de ASH y se usa con permiso en este documento
<p>Cobertura a nivel mundial</p> <p>¿Cuánto recibiré de reembolso por mi cobertura a nivel mundial?</p>	<ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0• Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP) 004

Primas y beneficios	Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)
<p>Primas</p> <p>¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: usted paga \$22.50 al mes • Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible</p> <p>¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En 2020 el deducible para la Parte C es de \$198.00. Este monto podría cambiar para el 2021. Le informaremos una vez que Medicare anuncie el monto para 2021 • Deducible de la Parte D: usted paga \$445
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados^{1,2}</p> <p>¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$352 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$704 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2020 y pueden cambiar para el 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% de los costos totales
<p>Consultas médicas</p> <p>¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: usted paga 20% del costo total • Consulta con el especialista^{1,2}: usted paga 20% del costo total • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)
<p>Atención preventiva^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por exámenes de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y EKG después de una visita de bienvenida • Usted paga \$0 por otros servicios preventivos cubiertos
<p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total hasta \$90 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total hasta \$65 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de urgencia
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de laboratorio • Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (por ej., MRI) • Servicios de radiología terapéutica • Radiografías
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare: usted paga 20% • Examen auditivo de rutina: usted paga 20%. • Subvención para audífonos: usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario
<p>Servicios odontológicos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año • Usted paga \$0 por servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales y otros servicios. Su plan cubre

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

	<p>hasta \$500 cada tres meses</p> <p>La atención dental es proporcionada por Healthplex Dental</p>
<p>Servicios de la vista^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la vista cubiertos por Medicare: usted paga 20% del costo total • Usted paga 20% del costo total por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga 20% del costo total por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos cada dos años (lentes y marcos) • Un par de lentes de contacto cada seis meses • El plan cubre hasta \$250 cada dos años por anteojos <p>La atención de la vista es proporcionada por March Vision</p>

<p>Primas y beneficios</p>	<p>Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)</p>
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por los servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta como paciente interno: usted paga \$0 al día por días 1-60 <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$352 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$704 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2020 y pueden cambiar para el 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos • Servicios para pacientes externos: usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

<p>Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$176 al día por días 21 – 100 <ul style="list-style-type: none"> • Estos son los montos para 2020 y pueden cambiar para el 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos
<p>Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por servicios de rehabilitación cardíaca (corazón), Terapia ocupacional, Fisioterapia y terapia del habla y lenguaje
<p>Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por viaje por tierra o por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
<p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por Medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)	
Prima de la Parte D	Usted paga \$22.50		
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$6,550		
Etapa de deducible	Usted paga \$445 por medicamentos del Nivel 2 al 5 antes de que el plan empiece a pagar su parte.		
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,130		
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	0%	0%	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	25%	25%	
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25%	25%	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	25%	25%	
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	25%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
Etapa de Período sin cobertura	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales del bolsillo por sus medicamentos alcancen los \$6,550		
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$0.00	\$0.00	
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro		
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos			
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5		
	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$6,550, usted paga		

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Etapas de cobertura en situaciones catastróficas	El monto que sea mayor entre \$3.70 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$9.20 por todos los demás medicamentos, o 5%
---	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Insurance Company Dual (HMO D-SNP)
Centro quirúrgico ambulatorio^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por consultas en el centro quirúrgico ambulatorio?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare
Servicios de salud en el hogar^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de salud en el hogar?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de salud en el hogar
Equipo médico / Suministros^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Equipo médico/suministros?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Equipo Médico Duradero (DME)^{1,2}, tales como oxígeno o una silla de ruedas • Prótesis ¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de tratamiento por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal.
Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) ¿Cuál es mi beneficio mensual de OTC?	<ul style="list-style-type: none"> • \$70 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de cuidado de los pies?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar ¿Cuál es mi beneficio de acondicionamiento físico/membresía para el gimnasio?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o hasta dos kits de ejercicios para el hogar • El Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar y los gimnasios participantes son ofrecidos a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial de ASH y se

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

	usa con permiso en este documento
Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto recibiré de reembolso por mi cobertura a nivel mundial?	<ul style="list-style-type: none">• Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0• Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Imperial Insurance Value (HMO C-SNP) 005

Primas y beneficios	Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)
<p>Primas</p> <p>¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: usted paga \$0 al mes • Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible</p> <p>¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible para la Parte C
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados^{1,2}</p> <p>¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros dos días de su hospitalización. Después de esto: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$125 al día por días 1-5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 - 60
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
<p>Consultas médicas</p> <p>¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
<p>Atención preventiva^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios preventivos cubiertos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)
Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Atención de emergencia?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$120 • Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia
Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (por ej., MRI) • Servicios de radiología terapéutica • Radiografías • Servicios de laboratorio
Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare: usted paga 20% • Examen auditivo de rutina: usted paga 20%. El plan cubre hasta \$250 por año calendario • Subvención para audífonos: usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario
Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año • Usted paga \$0 por servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales y otros servicios. Su plan cubre hasta \$500 cada tres meses <p>La atención dental es proporcionada por Healthplex Dental</p>

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

<p>Servicios de la vista</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la vista cubiertos por Medicare: usted paga \$0 • Usted paga \$15 por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga \$15 por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos cada dos años (lentes y marcos) • Un par de lentes de contacto cada dos años. • El plan cubre hasta \$250 cada dos años por anteojos <p>La atención de la vista es proporcionada por March Vision</p>
---	---

<p>Primas y beneficios</p>	<p>Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)</p>
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por los servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta como paciente internos: Medicare cubre los primeros dos días de su hospitalización. Después de esto: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$200 al día por días 1-7 • Usted paga \$0 al día por días 8 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$164.50 al día por días 21 - 100
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón): usted paga 20% del costo total • Usted paga \$15 por consulta para: <ul style="list-style-type: none"> • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y lenguaje

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

<p>Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga un copago de \$125 por viaje de ida por tierra o por aire • Usted paga 20% del costo total por viajes por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
<p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por Medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)		
Prima de la Parte D	Usted paga \$0	
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$6,550	
Etapa de deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)	
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,130	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00	\$90.00
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00	\$180.00
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
Nivel 6 – Medicamentos de la Atención Selecta	\$3.00	\$0
Etapa de Período sin cobertura	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales del bolsillo por sus medicamentos alcancen los \$6,550	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$0.00	\$0.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos		
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de	Suministro de pedido por correo no está disponible para

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios para 2021*Sección 4 Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)*

	suministro	el Nivel 5
Nivel 6 – Medicamentos de la Atención Selecta	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	
Etapas de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$6,550, usted paga	
	El monto que sea mayor entre \$3.70 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$9.20 por todos los demás medicamentos, o 5%	

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Insurance Value (HMO C-SNP)
<p>Centro quirúrgico ambulatorio^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por consultas en el centro quirúrgico ambulatorio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare
<p>Servicios de salud en el hogar^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de salud en el hogar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de salud en el hogar
<p>Equipo médico / Suministros^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Equipo médico/suministros?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)^{1,2}, tales como oxígeno o una silla de ruedas. • Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de tratamiento por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal.
<p>Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) ¿Cuál es mi beneficio mensual de OTC?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$35 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
<p>Cuidado rutinario de los pies^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de cuidado de los pies?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

<p>Programas de bienestar ¿Cuál es mi beneficio de acondicionamiento físico/membresía para el gimnasio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o hasta dos kits de ejercicios para el hogar • El Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar y los gimnasios participantes son ofrecidos a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial de ASH y se usa con permiso en este documento
<p>Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto recibiré de reembolso por mi cobertura a nivel mundial?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0 • Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Imperial Insurance Traditional Plus (HMO) 007

Primas y beneficios	Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)
<p>Primas</p> <p>¿Cuánto debo pagar al mes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: usted paga \$32.40 al mes, el monto subsidiado se basa en cada rebaja estatal • Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
<p>Deducible</p> <p>¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • In 2020, el deducible de la Parte C para este plan es de \$198.00. Este monto podría cambiar para el 2021. Imperial Dual Plan le notificará cuando Medicare anuncie la cantidad de 2021 • Deducible de la Parte D: usted paga \$445
<p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>¿Cuál es el monto límite de mis pagos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados^{1,2}</p> <p>¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$352 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$704 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2020 y pueden cambiar para el 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos
<p>Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total
<p>Consultas médicas</p> <p>¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista^{1,2}?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta con el médico de cuidado de salud primario con el especialista. • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)
<p>Atención preventiva^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por exámenes de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y EKG después de una visita de bienvenida • Usted paga \$0 por otros servicios preventivos cubiertos
<p>Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Atención de emergencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total hasta \$90 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de emergencia
<p>Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por servicios de urgencia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total hasta \$65 • Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por la atención de urgencia
<p>Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de diagnóstico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de laboratorio • Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico • Servicios de radiología diagnóstica (por ej., MRI) • Servicios de radiología terapéutica • Radiografías
<p>Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios auditivos o audífonos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de diagnóstico cubiertos por Medicare: usted paga 20% • Examen auditivo de rutina: usted paga 20%. • Subvención para audífonos: usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

<p>Servicios odontológicos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: usted paga \$0 • Servicios odontológicos preventivos: usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año • Usted paga \$0 por servicios de restauración; prostodoncia, otras cirugías orales/ maxilofaciales y otros servicios. Su plan cubre hasta \$500 cada tres meses <p>La atención dental es proporcionada por Healthplex Dental</p>
<p>Servicios de la vista^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de la vista cubiertos por Medicare: usted paga 20% del costo total • Usted paga 20% del costo total por exámenes rutinarios de la vista • Usted paga 20% del costo total por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Un par de anteojos cada dos años (lentes y marcos) • Un par de lentes de contacto cada seis meses • El plan cubre hasta \$250 cada dos años por anteojos <p>La atención de la vista es proporcionada por March Vision</p>

<p>Primas y beneficios</p>	<p>Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)</p>
<p>Servicios de salud mental^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por los servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$352 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$704 al día por días 1 – 60 • Estos son los montos para 2020 y pueden cambiar para el 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos • Servicios para pacientes externos: usted paga 20% del costo total por cada consulta de

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

	<p>terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare</p>
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$176 al día por días 21 – 100 • Usted paga 100% del costo por días 101 y más • Estos son los montos para 2020 y pueden cambiar para el 2021. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos
<p>Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón) • Consulta de terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y lenguaje
<p>Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por viaje por tierra o por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
<p>Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por Medicamentos de la Parte B?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)	
Prima de la Parte D	Usted paga \$32.40 El monto subsidiado se basa en cada reembolso estatal		
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$6,550		
Etapa de deducible	Usted paga \$445 por medicamentos del Nivel 2 al 5 antes de que el plan empiece a pagar su parte		
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,130		
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	0%	0%	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	25%	25%	
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25%	25%	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	25%	25%	
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	25%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
Etapa de Período sin cobertura	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales del bolsillo por sus medicamentos alcancen los \$6,550		
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 90 días de pedido por correo	
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$0.00	\$0.00	
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro		
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos			
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5		

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$6,550, usted paga
	El monto que sea mayor entre \$3.70 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$9.20 por todos los demás medicamentos, o 5%

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Insurance Traditional Plus (HMO)
<p>Centro quirúrgico ambulatorio^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por consultas en el centro quirúrgico ambulatorio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta en un centro quirúrgico ambulatorio cubierta por Medicare
<p>Servicios de salud en el hogar^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de salud en el hogar?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de salud en el hogar
<p>Equipo médico / Suministros^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Equipo médico/suministros?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)^{1,2}, tales como oxígeno o una silla de ruedas • Prótesis ¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales • Usted paga 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos¹
<p>Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de tratamiento por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal
<p>Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) ¿Cuál es mi beneficio mensual de OTC?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$70 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
<p>Cuidado rutinario de los pies^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de cuidado de los pies?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

<p>Programas de bienestar</p> <p>¿Cuál es mi beneficio de acondicionamiento físico/membresía para el gimnasio?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o hasta dos kits de ejercicios para el hogar • El Programa de Acondicionamiento Físico en el Hogar y los gimnasios participantes son ofrecidos a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca comercial de ASH y se usa con permiso en este documento
<p>Cobertura a nivel mundial</p> <p>¿Cuánto recibiré de reembolso por mi cobertura a nivel mundial?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0 • Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir una remisión de su doctor para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios para 2021

Imperial Insurance Companies, Inc. es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Insurance Companies (HMO) (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) para obtener información adicional. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Imperial Insurance Companies, Inc. (HMO) (HMO SNP) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATENCIÓN: *si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*