



Condado de Los Angeles

VillageHealth (HMO-POS SNP)

**Puntos destacados de los
beneficios para 2021**

Plan Medicare Advantage





Detalles del plan	Medicare y Medi-Cal completo (dentro y fuera de la red)	SOLO Medicare (Dentro de la red)	SOLO Medicare (Fuera de la red)
Prima mensual del plan	\$0	\$31.50	\$31.50
Deducible anual del plan	\$0	Deducible de pago por servicio de Medicare	Deducible de pago por servicio de Medicare



Atención integral			
Consultas con el proveedor de atención primaria	\$0	\$0	20 %
Consultas con el especialista	\$0	0 %-20 %	0 %-20 %
Salud mental para pacientes ambulatorios (individual/grupal)	\$0	\$0	\$0
Suministros para diabéticos (lancetas, tiras reactivas, monitor)	\$0	\$0	\$0
Entrenamiento para el autocontrol de la diabetes	\$0	\$0	\$0
Servicios de laboratorio	\$0	\$0	\$0
Radiografías	\$0	20 %	20 %
Radiología de diagnóstico (p. ej., MRI, CT, ultrasonido)	\$0	20 %	20 %
Tratamiento de diálisis	\$0	20 %	No disponible
Equipo médico duradero	\$0	20 %	20 %



Atención de emergencia y hospitalaria			
Atención hospitalaria para pacientes internados	\$0	Costos de pago por servicios de Medicare	Costos de pago por servicios de Medicare
Centro de enfermería especializada	\$0	Costos de pago por servicios de Medicare	Sin cobertura
Cirugía ambulatoria	\$0	20 %	20 %
Atención de emergencia	\$0 (en EE. UU. únicamente)	20 % (hasta \$90, en EE. UU. únicamente) (\$0 si es ingresado inmediatamente)	20 % (hasta \$90, en EE. UU. únicamente) (\$0 si es ingresado inmediatamente)
Servicios de atención médica de urgencia	\$0 (en EE. UU. únicamente)	\$0 (en EE. UU. únicamente)	\$0 (en EE. UU. únicamente)
Servicios de ambulancia	\$0	20 %	20 %



Costo máximo que paga de su bolsillo			
Costo máximo anual que paga de su bolsillo (MOOP)	\$7,550	\$7,550	\$7,550



Cobertura para medicamentos con receta	Medicare y Medi-Cal completo		Solo Medicare	
	PREFERIDA	ESTÁNDAR	PREFERIDA	ESTÁNDAR
RED DE FARMACIAS				
Deducible de la Parte D	\$0	\$0	\$445	\$445
Etapa de cobertura inicial - Farmacia minorista contratada por SCAN (suministro de 1 mes/30 días)				
NIVEL 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 o \$1.30 o \$3.00	\$0	\$3
NIVEL 2: Medicamentos genéricos	Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos tratados como genéricos): copago de \$0, \$1.30 o \$3.70 Todos los demás medicamentos: copago de \$0 o \$4.00 o \$9.20		25 % del total del costo del medicamento	
NIVEL 3: medicamentos de marca preferidos				
NIVEL 4: medicamentos no preferidos				
NIVEL 5: medicamentos de especialidad				

Si usted califica para “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos con receta, el programa de “Ayuda adicional” pagará la totalidad o parte de la prima mensual del plan y los deducibles y copagos/coseguros de los medicamentos con receta.

VillageHealth es un plan HMO Medicare Advantage con una opción de Punto de servicio (POS), lo que significa que usted puede usar proveedores fuera de la red del plan. No necesita recomendaciones ni autorizaciones previas para la mayoría de los servicios cubiertos.





Servicios adicionales incluidos que obtiene con VillageHealth

¡VillageHealth ofrece todos estos servicios y programas adicionales sin costo adicional para usted!

Servicios adicionales principales

Acceso a un miembro de enfermería personal de VillageHealth	\$0
Servicios dentales (de rutina) Exámenes dentales Limpieza Radiografías	\$0 \$0 (2 consultas por año) \$0 (1 consulta cada 6 meses) Además de sus beneficios dentales de prevención, su plan cubre servicios como: coronas, dentaduras postizas, empastes, etc. Consulte el cuadro de tarifas de Delta Dental.
Servicios de la vista (de rutina) Examen de la vista Anteojos o lentes de contacto Cobertura para monturas o lentes de contacto	\$0 (1 cada 12 meses) \$0 (1 par cada 24 meses) \$240 (cada 24 meses)
Transporte (de rutina)*	\$0 (30 viajes de ida o de vuelta por año)
Servicios de podología (de rutina)	\$0 (6 consultas por año)

Servicios adicionales destacados

Productos de venta libre (OTC)	\$60 de asignación por trimestre con transferencia
Membresía de gimnasio	\$0 (SilverSneakers®)
Sistema de respuesta ante emergencias** Un sistema de seguridad personal	\$0 (incluye instalación y cuotas mensuales)
Comidas para atención crónica**	\$0 para comidas suministradas a domicilio, hasta 28 días por año
SCAN HEALTH^{tech} Asistencia tecnológica	\$0 por llamada/llamadas ilimitadas

*Se aplicará un límite de 75 millas para cada viaje de ida o vuelta. **Se aplican criterios y limitaciones.

VillageHealth es un plan de salud innovador diseñado para personas con enfermedad renal en fase terminal.

Consulte su Resumen de beneficios para obtener más detalles sobre todos los beneficios y servicios que obtiene con su plan Medicare Advantage. Si tiene alguna pregunta, llámenos. Un representante autorizado de VillageHealth estará encantado de ayudarle.



1-877-916-1234 (TTY: 711)

Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.



VillageHealth (HMO-POS SNP)

Un plan de necesidades especiales para aquellas personas que tienen diagnóstico de enfermedad renal en fase terminal, incluidos los pacientes pre y postrasplante. VillageHealth está diseñado para cubrir las necesidades especiales de las personas que tienen una enfermedad renal en fase terminal o que son postrasplante. VillageHealth ofrece beneficios adicionales a los que ofrece la cobertura de Medicare, como cobertura para transporte, atención dental y de la vista. Como miembro de VillageHealth, se le asignará su propio personal de enfermería de VillageHealth para que trabaje con usted, su familia y sus médicos para coordinar y manejar sus necesidades de atención médica.



Comuníquese hoy con un representante autorizado de VillageHealth hoy mismo

1-877-916-1234

O visite:



www.villagehealthca.com

Usuarios de TTY: 711

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico

Los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico
(Desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo)

Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre: de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes.



VillageHealth (HMO-POS SNP) es un plan HMO y es un plan de Punto de servicio (POS) con un contrato de Medicare. La inscripción en SCAN Health Plan depende de la renovación del contrato. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

El copago/coseguro puede variar según el plan y el condado o dependiendo de la farmacia que elija (p. ej., preferida o estándar, etc.), si recibe suministros para un mes o tres meses, si entra en otra fase del beneficio de la Parte D o si recibe “Ayuda adicional”. Puede surtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red, pero es posible que pague menos en una farmacia preferida. Revise su Evidencia de cobertura o llame a Servicios para Miembros de SCAN para obtener más detalles.

Puede solicitar que se le envíen los medicamentos con receta a su hogar a través de nuestro programa de entrega de pedido por correo de la red. La farmacia Express Scripts es nuestra farmacia de pedido por correo preferida. Si bien puede surtir sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de pedido por correo de nuestra red, pagará menos en una farmacia de pedido por correo preferida. Por lo general, debería recibir sus medicamentos con receta dentro de los 14 días a partir del momento en que la farmacia de pedidos por correo Express Scripts reciba la solicitud. Si no recibe sus medicamentos con receta dentro de ese plazo, comuníquese con Servicios para Miembros de SCAN Health Plan. Para las recetas de pedido por correo, tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático comunicándose con la farmacia Express Scripts al 1-866-553-4125, las 24 horas, 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Puede desinscribirse de los envíos automáticos en cualquier momento.

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Llame al 1-800-399-7226. (TTY: 711). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-399-7226. (TTY: 711). 注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-399-7226。（聽障專線：711）。