



 **LAS ÁREAS PARTICIPANTES INCLUYEN** la región rural del norte de Nevada

DUAL






Se requieren Medicare y Medicaid

EXTRA HELP














Requisito: "Ayuda Adicional" de Medicare

 Prima del plan	\$0 por mes	\$0 por mes
 Deducible médico	\$0	\$0
 Devolución	\$0	\$25
 Hospital para pacientes internados	\$0	\$0 a \$300 por día, del día 1 al 6
 Consultas al médico	\$0	Atención primaria \$0 Especialista \$20
 Cobertura de medicamentos recetados	\$0	Muchos medicamentos por \$0 o copago de "Ayuda Adicional"
 Consultas de emergencia	\$0	\$150
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) e imágenes por resonancia magnética (IRM)	\$0	Radiografías \$0 TC e IRM \$20 a \$60
 Atención de urgencia	\$0	\$10

¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!

 Cobertura dental	\$2,000	\$2,000
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	48 viajes de ida + 20 viajes de ida no médicos	48 viajes de ida
 Atención de la vista <i>(para anteojos y lentes de contacto)</i>	Asignación de \$475 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0	Asignación de \$200 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0
 Cobertura en audífonos	Asignación de \$3,000 para audífonos, para ambos oídos + exámenes de la audición por \$0	Asignación de \$600 para audífonos por oído + exámenes de la audición por \$0
 Tarjeta de beneficios adicionales <i>(Catálogo OTC y en línea únicamente)</i>	\$100 por trimestre Para medicamentos y suministros de venta libre (over-the-counter, OTC) \$100 por trimestre para alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)	\$50 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC) \$50 por trimestre para alimentos saludables y servicios públicos (electricidad y agua)

 **LAS ÁREAS PARTICIPANTES INCLUYEN** la región rural del norte de Nevada

	PLUS	PLAN VETERAN
 Prima del plan	\$0 por mes	\$0 por mes
 Deducible médico	\$0	\$0
 Devolución	\$0	\$140
 Hospital para pacientes internados	\$100 a \$300 por día, del día 1 al 6	\$350 a \$425 por día, del día 1 al 6
 Consultas al médico	Atención primaria \$0 Especialista \$0 a \$50	Atención primaria \$0 Especialista \$0 a \$45
 Cobertura de medicamentos recetados	Muchos medicamentos por \$0	No disponible
 Consultas de emergencia	\$150	\$130
 Radiografías, tomografías computarizadas (TC) e imágenes por resonancia magnética (IRM)	Radiografías \$0 TC e IRM \$20 a \$60	Radiografías \$0 TC e IRM \$60
 Atención de urgencia	\$30	\$30
¡ADEMÁS, VALOR AGREGADO!		
 Cobertura dental	\$2,000	\$3,000
 Transporte <i>(Traslados a instalaciones sanitarias)</i>	48 viajes de ida	24 viajes de ida
 Atención de la vista <i>(para anteojos y lentes de contacto)</i>	Asignación de \$200 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0	Asignación de \$200 para anteojos o lentes de contacto + exámenes de la vista por \$0
 Cobertura en audífonos	Asignación de \$600 para audífonos por oído + exámenes de audición por \$0	Asignación de \$600 para audífonos por oído + exámenes de audición por \$0
 Tarjeta de beneficios adicionales <i>(catálogo OTC y solo en línea)</i>	\$82 por trimestre para medicamentos y suministros de venta libre (OTC)	No disponible