

2020

TABLA DE BENEFICIOS

Condados de Los Angeles,
Orange, Riverside,
San Bernardino,
San Joaquin, Santa Clara,
Stanislaus, San Diego
y Marin



CALPLUS (HMO) 009

Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino,
San Joaquin, Santa Clara, Stanislaus, San Diego y Marin

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| Prima del plan | \$0 Parte C \$27.30 Parte D |
| Máx. de gastos que paga de bolsillo | \$6,700 |

BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE

| | |
|--|---|
| Servicios hospitalarios para pacientes internados | Deducible de \$1,364 por cada período de beneficios Días 1 a 60: coseguro de \$0 por cada período de beneficios Días 61 a 90: coseguro de \$341 por día por cada período de beneficios A partir del día 91: coseguro de \$682 por cada "día de reserva de por vida" después del día 90 por cada período de beneficios (hasta 60 días de por vida) Pasados los días de reserva de por vida: todos los costos Estos costos corresponden al año 2019 y pueden cambiar en el 2020. |
| Centro de atención de enfermería especializada | Días 1 a 20: \$0 por cada período de beneficios Días 21 a 100: coseguro de \$170.50 por día por cada período de beneficios Día 101 en adelante: todos los costos Estos costos corresponden al año 2019 y pueden cambiar en el 2020. |
| Consultas médicas | Copago de PCP de \$0 Copago de especialista de \$0 |
| Servicios de ambulancia terrestres y aéreos | Coseguro del 20% (NO se exime si lo internan) |
| Atención de emergencia/posterior a la estabilización | Coseguro del 20% (no se cobra si lo internan en un plazo de 3 días) |
| Servicios de urgencia | Coseguro del 20% (NO se exime si lo internan) |
| Equipo médico duradero | Coseguro del 20% |

| | |
|--|--|
|  Diagnóstico ambulatorio (Pruebas/Servicios de laboratorio) | Coseguro del 20% |
|  Radiología ambulatoria (Radiografías/diagnósticos/procedimientos terapéuticos) | Copago de \$0 (radiografías/diagnósticos) Coseguro de 20% (procedimientos terapéuticos) |

BENEFICIOS PARA MEDICAMENTOS CON RECETA

(suministro de minorista preferido para 30 días)

| | |
|---|------------------|
|  Límite de cobertura inicial | \$4,020 |
|  Deducible de la Parte D | \$435 |
|  Período sin cobertura | No ofrecido |
|  Medicamentos genéricos preferidos | Copago de \$0 |
|  Medicamentos genéricos | Copago de \$14 |
|  Medicamentos de marca preferidos | Coseguro del 25% |
|  Medicamentos de marca no preferidos | Coseguro del 25% |
|  Medicamentos especializados | Coseguro del 25% |
|  Medicamentos de atención seleccionados | Copago de \$5 |

BENEFICIOS ADICIONALES - ¡MÁS QUE MEDICARE ORIGINAL!

| | |
|---|---|
|  Servicios de audiología | Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare Copago de \$0 para examen/colocación/evaluación 1 por año |
|  Audífono | Copago de \$0 por 2 audífonos para ambos oídos combinados con un límite de \$2,000 cada dos años |
|  Servicios odontológicos | Copago de \$0 por 1 examen y 1 limpieza cada seis meses Consultar el resumen de beneficios para conocer los detalles de la cobertura |
|  Servicios oftalmológicos | Copago de \$0 para 1 examen de la vista de rutina por año |
|  Gafas | Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto cada dos años Límite de cobertura de \$300 cada dos años |

| | |
|--|---|
|  Transporte | Copago de \$0/viajes ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan por año (dentro de un radio de 50 millas) |
|  Acondicionamiento físico | Copago de \$0 |
|  Tarjeta AHC Black (acceso al servicio de asistencia personal las 24 horas, los 7 días a la semana, telesalud) | Copago de \$0 |
|  Medicamentos de venta libre (OTC) | Copago de \$0 para un subsidio mensual de \$100 (sin transferencia) |
|  Prevención de nueva admisión/comidas después del alta | Copago de \$0 para comidas después del alta 28 días, 56 comidas |
|  Comidas para enfermedades crónicas | Copago de \$0 para comidas para enfermedades crónicas 14 días, 28 comidas |
|  Necesidades sociales | Copago de \$0 12 horas por trimestre, 48 horas por año |
|  Comestibles | Copago de \$0 Límite de gasto de \$20 por mes |



Alignment Health Plan es un plan HMO, PPO y HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711).

Y0141_20040SP_M