

# 2020

## TABLA DE BENEFICIOS

Condados de  
Los Angeles,  
Orange, Riverside  
y San Bernardino



### MY CHOICE (HMO) 001

Condados de Los Angeles,  
Orange, Riverside  
y San Bernardino

### PLATINUM (HMO) 015

Condados de Riverside  
y San Bernardino










Prima del plan	\$0	
Máx. de gastos que paga de bolsillo	\$3,200	\$2,400
<b>BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE</b>		
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$50 del día 1 al 3 Copago de \$0 del día 4 al 90 (cantidad ilimitada de días por internación)	Copago de \$0
Centro de atención de enfermería especializada	Copago de \$0 del día 1 al 20 Copago de \$30 del día 21 al 100 (no se requiere hospitalización previa)	
Consultas médicas	Copago de PCP de \$0 Copago de especialista de \$0	
Servicios de ambulancia terrestres y aéreos	Copago de \$125 (no se cobra si lo internan)	Copago de \$75 (no se cobra si lo internan)
Atención de emergencia/posterior a la estabilización	Copago de \$75 (no se cobra si lo internan dentro de las 48 h)	Copago de \$70 (no se cobra si lo internan dentro de las 48 h)
Servicios de urgencia	Copago de \$0 a \$10 (no se cobra si lo internan dentro de las 24 h)	
Equipo médico duradero	Coseguro del 0% para artículos de \$350 o menos Coseguro del 20% para artículos de \$350.01 o más	
Diagnóstico ambulatorio (Pruebas/Servicios de laboratorio)	Copago de \$0	

**MY CHOICE (HMO) 001**Condados de Los Angeles,  
Orange, Riverside  
y San Bernardino**PLATINUM (HMO) 015**Condados de Riverside  
y San Bernardino





 <b>Radiología ambulatoria</b> (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)

 <b>Límite de cobertura inicial</b>	\$4,020
 <b>Deducible de la Parte D</b>	\$0
 <b>Período sin cobertura</b>	Nivel 1: todos los medicamentos Nivel 6: todos los medicamentos
 <b>Medicamentos genéricos preferidos</b>	Copago de \$0
 <b>Medicamentos genéricos</b>	Copago de \$5
 <b>Medicamentos de marca preferidos</b>	Copago de \$30
 <b>Medicamentos de marca no preferidos</b>	Copago de \$100
 <b>Medicamentos especializados</b>	Coseguro de 33%
 <b>Medicamentos de atención seleccionados</b>	Copago de \$3

**BENEFICIOS ADICIONALES - ¡MÁS QUE MEDICARE ORIGINAL!**

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

**MY CHOICE (HMO) 001**Condados de Los Angeles,  
Orange, Riverside  
y San Bernardino**PLATINUM (HMO) 015**Condados de Riverside  
y San Bernardino

 <b>Gafas</b>	Copago de \$0 para cristales/ lentes de contacto cada dos años Límite de cobertura de \$75 cada dos años	Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto cada dos años Límite de cobertura de \$200 cada dos años
 <b>Transporte</b>	Copago de \$0 para 22 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan por año (dentro de un radio de 50 millas)	
 <b>Acondicionamiento físico</b>	Copago de \$0	
 <b>Tarjeta AHC Black</b> (acceso al servicio de asistencia personal las 24 horas, los 7 días a la semana, telesalud, OTC)	Copago de \$0	
 <b>Medicamentos de venta libre (OTC)</b>	Copago de \$0 para un subsido mensual de \$10 (sin transferencia)	Copago de \$0 para un subsido mensual de \$20 (sin transferencia)
 <b>Prevencción de nueva admisión/comidas después del alta</b>	Sin cobertura	Copago de \$0 para comidas después del alta 28 días, 56 comidas



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\_20036SP\_M