

2020

TABLA DE BENEFICIOS

Condados de
Los Angeles y Orange



PLATINUM (HMO) 008

Condados de Los Angeles
y Orange

smartHMO 013

Condado de Los Angeles

Prima del plan	\$0	
Máx. de gastos que paga de bolsillo	\$1,499	\$3,400
BENEFICIOS CUBIERTOS POR MEDICARE		
Reembolso de la Parte B de Medicare (Mensual)	Sin cobertura	\$109
Servicios hospitalarios para pacientes internados	Copago de \$0 (cantidad ilimitada de días)	Copago de \$120 del día 1 al 5 Copago de \$0 para los días 6 a 90 (cantidad ilimitada de días por internación)
Centro de atención de enfermería especializada	Copago de \$0	Copago de \$20 del día 1 al 20 Copago de \$100 del día 21 al 100 (no se requiere hospitalización previa)
Consultas médicas	Copago de PCP de \$0 Copago de especialista de \$0	Copago de PCP de \$0 Copago de especialista de \$10
Servicios de ambulancia terrestres y aéreos	Copago de \$50 (no se cobra si lo internan)	Copago de \$100 (no se cobra si lo internan)
Atención de emergencia/posterior a la estabilización	Copago de \$50 (no se cobra si lo internan dentro de las 48 h)	Copago de \$120 (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 \$50 o menos Coseguro del 20% para artículos de \$50.01 o más	Coseguro del 20%

 Diagnóstico ambulatorio (Pruebas/Servicios de laboratorio)	Copago de \$ 0
 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	\$0	
 Período sin cobertura	Nivel 1: todos los medicamentos Nivel 2: todos los medicamentos Nivel 6: todos los medicamentos	Nivel 1: todos los medicamentos Nivel 6: todos los medicamentos
 Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	
 Medicamentos genéricos	Copago de \$3	Copago de \$10
 Medicamentos de marca preferidos	Copago de \$30	
 Medicamentos de marca no preferidos	Copago de \$75	Copago de \$100
 Medicamentos especializados	Coseguro de 33%	
 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 1 por año	
 Audífonos	Copago de \$0 por 2 audífonos para ambos oídos combinados con un límite de \$1,000 cada dos años	Sin cobertura
 Servicios odontológicos	Copago de \$0 para 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 \$200 cada dos años	Copago de \$0 para cristales/ lentes de contacto cada dos años Límite de cobertura de \$200 para marcos y lentes y \$100 para lentes de contacto cada dos años
 Transporte	Copago de \$0 para 42 viajes de ida a ubicaciones aprobadas por el plan por año (dentro de un radio de 50 millas)	Sin cobertura
 Acondicionamiento físico	Copago de \$0	
 Tarjeta AHC Black (acceso al servicio de asistencia personal las 24 horas, los 7 días a la semana, telesalud, OTC)	Copago de \$0	
 Medicamentos de venta libre (OTC)	Copago de \$0 para un subsidio mensual de \$20 (sin transferencia)	Copago de \$0 para un subsidio mensual de \$40 (sin transferencia)
 Prevención de nueva admisión/comidas después del alta	Copago de \$0 para comidas después del alta 28 días, 56 comidas	Sin cobertura
 Necesidades sociales	Copago de \$0 12 horas por trimestre 48 horas por año	Sin cobertura