

# RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2020

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de atención médica cubiertos por **Alignment Health Plan CalPlus (HMO) 009** del período del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

**Alignment Health Plan CalPlus (HMO) 009** es un plan HMO Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que proporcionamos no enumera cada uno de los servicios que cubrimos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, solicite la “Evidencia de Cobertura”.

Para inscribirse en **Alignment Health Plan CalPlus (HMO) 009**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en los Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Joaquin, Stanislaus, Santa Clara, San Diego o Marin.

Si consulta a proveedores que no pertenecen a nuestra red, es posible que no cubramos esos servicios. Para conocer la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente “**Medicare & You**” (Medicare y Usted). Puede consultarlo en línea en [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) o solicitar una copia impresa llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llame al 1-866-634-2247 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) del 1 de octubre al 31 de marzo: los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., excepto en el Día de Acción de Gracias y en Navidad. Desde el 1º de abril hasta el 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., (excepto los feriados). O visítenos en [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com).

**Alignment Health Plan CalPlus (HMO) 009**

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

**PRIMAS Y BENEFICIOS**

<b>Prima mensual del plan</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte C</li> <li>• Parte D</li> </ul>	\$0 Usted paga \$27.30 Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare
<b>Deducible</b>	Sin deducible
<b>Responsabilidad por el monto máximo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	No paga más de \$6,700 por año Incluye copagos y otros costos por servicios médicos durante el año
<b>Paciente internado<sup>1,2</sup></b>	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
<b>Paciente ambulatorio<sup>1</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en el hospital</li> <li>• Servicios de observación</li> </ul>	Coseguro del 20% Coseguro del 20%
<b>Centro quirúrgico ambulatorio</b>	Coseguro del 20%
<b>Consultas médicas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención primaria</li> <li>• Especialistas<sup>1,2</sup></li> </ul>	Copago de \$0 Copago de \$0 Se requiere autorización previa para las consultas a especialistas
<b>Atención preventiva</b> (p. ej., vacuna contra la gripe, exámenes de detección de diabetes)	Copago de \$0 Hay otros servicios preventivos disponibles Hay algunos servicios cubiertos que tienen un costo
<b>Atención de emergencia/ posterior a la estabilización</b>	Coseguro del 20% (no se cobra si lo internan en un plazo de 3 días)
<b>Servicios de urgencia</b>	Coseguro del 20% (NO se exime si lo internan)
<b>Diagnóstico ambulatorio<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos, pruebas, servicios de laboratorio</li> <li>• Radiografías/Diagnósticos</li> <li>• Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia contra el cáncer)</li> </ul>	Coseguro del 20% Usted no paga nada. Coseguro del 20% Se requiere autorización previa para algunos servicios

**Alignment Health Plan CalPlus (HMO) 009**

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

**PRIMAS Y BENEFICIOS**

<b>Servicios de audiología<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen auditivo de rutina</li> <li>Audífono</li> </ul>	Copago de \$0 para examen/colocación/evaluación (1 por año) Límite de \$2,000 (cada dos años) El beneficio máximo aplica a ambos oídos combinados
<b>Servicios odontológicos<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen bucal y limpieza</li> <li>Tratamiento con flúor</li> <li>Radiografías</li> </ul>	Copago de \$0 (1 cada seis meses) Copago de \$0-20 (1 cada seis meses) Copago de \$0-30 (1 cada tres años)
<b>Servicios oftalmológicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de rutina</li> <li>Límite de cobertura de gafas</li> </ul>	Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 Límite de cobertura del plan de \$300 para gafas/lentes de contacto (cada dos años)
<b>Servicios de salud mental<sup>1,2</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta de terapia grupal/individual para pacientes externos</li> </ul>	Coseguro del 20%
<b>Centro de atención de enfermería especializada<sup>1,2</sup></b>	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 son para 2019 y pueden cambiar en 2020
<b>Terapia física<sup>1</sup></b>	Coseguro del 20%
<b>Servicios de ambulancia terrestres y aéreos<sup>1</sup></b>	Coseguro del 20% (NO se exime si lo internan)
<b>Transporte</b>	Copago de \$0 Viajes ilimitados a lugares aprobados por el plan dentro de un radio de 50 millas
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	20% del costo para los medicamentos para quimioterapia 20% del costo para otros medicamentos de la Parte B

**MEDICAMENTOS  
CON RECETA PARA  
PACIENTES EXTERNOS**

**Alignment Health Plan CalPlus (HMO) 009**

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

<b>Deducible</b>	\$435		
<b>Límite de cobertura inicial</b>	\$4,020		
<b>Umbral del monto que paga de su bolsillo de la Parte D</b>	\$6,350		
	<b>Receta de suministro para 30 días en el minorista preferido</b>	<b>Receta de suministro para 30 días en el minorista no preferido</b>	<b>Suministro para 100 días mediante orden por correo</b>
<b>Cobertura inicial</b>			
• Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
• Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$14	Copago de \$20	Copago de \$42
• Nivel 3: Medicamento de marca preferida	Copago de 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
• Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida	Copago de 25%	Coseguro del 25%	Coseguro del 25%
• Nivel 5: Nivel de especialidad	Copago de 25%	Coseguro del 25%	Sin cobertura
• Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$0
<b>Período sin cobertura</b>	Sin brecha adicional en la cobertura El costo compartido puede cambiar según la farmacia que elija y el momento en que ingrese en otra de las cuatro fases del beneficio de la Parte D. Si reside en un centro de atención a largo plazo, paga lo mismo que pagaría en una farmacia minorista preferida por un suministro para 31 días.		

**NOTA:**

Los servicios marcados con un 1 pueden requerir autorización previa.  
Los servicios marcados con un 2 pueden requerir una remisión de su médico.  
Los planes pueden ofrecer beneficios adicionales además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.

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\_20061SP\_M

# EXPLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS Y LAS NORMAS



Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y nuestras normas. Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con un representante del servicio de atención al cliente al siguiente número:

**1-888-979-2247 (LOS USUARIOS DE TTY DEBEN LLAMAR AL 711)**

Nuestro horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y Navidad) desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

## INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS

Revise la lista completa de beneficios en la Evidencia de Cobertura (EOC), especialmente para aquellos servicios para los que consulta a un médico de manera rutinaria. Visite [alignmenthealthplan.com](http://alignmenthealthplan.com) o llame al **1-866-634-2247** para ver una copia de la EOC.

Revise el directorio de proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora integran la red. Si no se encuentran en la lista, es probable que deba seleccionar un nuevo médico.

Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener sus medicamentos con receta integra la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba seleccionar una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.

## INFORMACIÓN SOBRE LAS NORMAS IMPORTANTES

Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando la prima de la Parte B. Normalmente, esta prima se descuenta cada mes de su cheque del Seguro Social.

Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).