

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2020

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de atención médica cubiertos por **Sutter Advantage (HMO) 020** y **Sutter Advantage (HMO) 021** del período del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

Los planes de **Sutter Advantage (HMO)** son planes Medicare Advantage HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en los planes 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 **Sutter Advantage (HMO) 020** o **Sutter Advantage (HMO) 021**, debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare y residir en nuestra área de servicio. El área de servicio de **Sutter Advantage (HMO) 020** es el Condado de Santa Clara. El área de servicio de **Sutter Advantage (HMO) 021** es el Condado de Santa Cruz.

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 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.

| PRIMAS Y BENEFICIOS | Sutter Advantage (HMO) 020 Condado de Santa Clara | Sutter Advantage (HMO) 021 Condado de Santa Cruz |
|--|--|--|
| Prima mensual del plan • Parte C y Parte D | \$49 | \$59 |
| Deducible | \$0 | \$0 |
| Responsabilidad por el monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta) | \$4,900 | \$4,900 |
| Paciente internado^{1,2} | Copago de \$225 por día, para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día, para los días 6 a 90 (cantidad ilimitada de días por internación) | Copago de \$225 por día, para los días 1 a 5 Copago de \$0 por día, para los días 6 a 90 (cantidad ilimitada de días por internación) |
| Paciente ambulatorio • Servicios en el hospital • Servicios de observación | Copago de \$325 Copago de \$0 | Copago de \$325 Copago de \$0 |
| Centro quirúrgico ambulatorio | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Consultas médicas • Atención primaria • Especialistas ^{1,2} | Copago de \$5 Copago de \$20 | Copago de \$5 Copago de \$20 |
| Atención preventiva | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Atención de emergencia/posterior a la estabilización | Copago de \$90 (NO se exime si lo internan) | Copago de \$90 (NO se exime si lo internan) |
| Servicios de urgencia | Copago de \$0 a \$10 (no se cobra si lo internan dentro de las 24 h) | Copago de \$0 a \$10 (no se cobra si lo internan dentro de las 24 h) |
| Diagnóstico ambulatorio^{1,2} • Procedimientos, pruebas, servicios de laboratorio • Radiografías/Diagnósticos • Servicios radiológicos terapéuticos (como radioterapia contra el cáncer) | Copago de \$0 Copago de \$15 (Radiografías)/ copago de \$150 (Diganósticos) Coseguro del 20% (procedimientos terapéuticos) | Copago de \$0 Copago de \$15 (Radiografías)/ copago de \$150 (Diganósticos) Coseguro del 20% (procedimientos terapéuticos) |
| Servicios de audiología^{1,2} • Examen auditivo de rutina • Audífono | Copago de \$0 para examen/ colocación/evaluación (1 por año) Sin cobertura | Copago de \$0 para examen/ colocación/evaluación (1 por año) Sin cobertura |
| Servicios odontológicos^{1,2} • Examen bucal y limpieza • Tratamiento con flúor • Radiografías | Copago de \$0 (1 cada seis meses) Copago de \$0-20 (1 cada seis meses) Copago de \$0-30 (1 cada tres años) | Copago de \$0 (1 cada seis meses) Copago de \$0-20 (1 cada seis meses) Copago de \$0-30 (1 cada tres años) |
| Servicios oftalmológicos • Examen de rutina • Límite de cobertura de gafas | Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto (cada dos años) Límite de cobertura de \$150 (cada dos años) | Copago de \$0 (1 por año) Copago de \$0 para cristales/lentes de contacto (cada dos años) Límite de cobertura de \$150 (cada dos años) |

| PRIMAS Y BENEFICIOS | Sutter Advantage (HMO) 020 Condado de Santa Clara | Sutter Advantage (HMO) 021 Condado de Santa Cruz |
|--|--|--|
| Servicios de salud mental ^{1,2} • Consulta de terapia grupal/individual para pacientes externos | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Centro de atención de enfermería especializada ^{1,2} | Copago de \$0 por día, para los días 1 a 20 Copago de \$160 por día para los días 21 a 57 Copago de \$0 por día para los días 58 a 100 (no se requiere hospitalización previa) | Copago de \$0 por día, para los días 1 a 20 Copago de \$160 por día, para los días 21 a 62 Copago de \$0 por día, para los días 63 a 100 (no se requiere hospitalización previa) |
| Terapia física ¹ | Copago de \$0 | Copago de \$0 |
| Servicios de ambulancia terrestres y aéreos ¹ | Copago de \$250 (no se cobra si lo internan) | Copago de \$250 (no se cobra si lo internan) |
| Transporte | Sin cobertura | Sin cobertura |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | Coseguro del 20% | Coseguro del 20% |

| MEDICAMENTOS CON RECETA PARA PACIENTES EXTERNOS | Se aplican copagos a Sutter Advantage (HMO) 020 y Sutter Advantage (HMO) 021 Condados de Santa Clara y Santa Cruz | | |
|--|--|--|--|
| Deducible de la Parte D | \$0 | | |
| Límite de cobertura inicial | \$4,020 | | |
| Umbral del monto que paga de su bolsillo de la Parte D | \$6,350 | | |
| | Suministro para 30 días en el minorista preferido | Suministro para 30 días en el minorista no preferido | Suministro para 100 días mediante orden por correo |
| Cobertura inicial • Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos • Nivel 2: Medicamentos genéricos • Nivel 3: Medicamento de marca preferida • Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida • Nivel 5: Nivel de especialidad • Nivel 6: Medicamentos de atención selecta | Copago de \$0 Copago de \$5 Copago de \$40 Copago de \$100 Coseguro de 33% Copago de \$5 | Copago de \$7 Copago de \$12 Copago de \$47 Copago de \$100 Coseguro de 33% Copago de \$5 | Copago de \$0 Copago de \$15 Copago de \$120 Copago de \$300 NC Copago de \$0 |
| Período sin cobertura • Nivel 6: todos los medicamentos | 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. ATENCIÓN: si usted habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia con el idioma gratuitos. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711)

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 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).