

RESUMEN DE BENEFICIOS DE 2020

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de atención médica cubiertos por **My Choice (PPO) 002** y **My Choice (PPO) 004** del período del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020.

Los planes de **My Choice (PPO)** son planes PPO de Medicare Advantage 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 **My Choice (PPO) 002** o **My Choice (PPO) 004**, 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 **My Choice (PPO) 002** es el Condado de San Mateo. El área de servicio de **My Choice (PPO) 004** son los Condados de San Joaquin y Stanislaus.

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	My Choice (PPO) 002 Condado de San Mateo	My Choice (PPO) 004 Condados de San Joaquin y Stanislaus
Prima mensual del plan • Parte C y Parte D	\$95	\$79
Deducible	\$0	\$0
Responsabilidad por el monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	Dentro de la red: \$4,200 Fuera de la red: \$8,000 combinado	Dentro de la red: \$4,200 Fuera de la red: \$8,000 combinado
Paciente internado ^{1,2}	Dentro de la red: Copago de \$225 del día 1 al 5 Copago de \$0 del día 6 al 90 (cantidad ilimitada de días por internación) Fuera de la red: Coseguro del 40%	Dentro de la red: Copago de \$150 del día 1 al 5 Copago de \$0 del día 6 al 90 (cantidad ilimitada de días por internación) Fuera de la red: Coseguro del 40%
Paciente ambulatorio • Servicios en el hospital • Servicios de observación	Dentro de la red: Copago de \$250 Fuera de la red: Coseguro del 25% Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: Coseguro del 25%	Dentro de la red: Copago de \$195 Fuera de la red: Coseguro del 25% Copago de \$0 por servicios de observación Fuera de la red: Coseguro del 25%
Centro quirúrgico ambulatorio	Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: Coseguro del 40%	Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: Coseguro del 40%
Consultas médicas • Atención primaria • Especialistas ^{1,2}	Dentro de la red: Copago de \$5 Fuera de la red: Coseguro del 25% Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: Coseguro del 25%	Dentro de la red: Copago de \$5 Fuera de la red: Coseguro del 25% Dentro de la red: Copago de \$35 Fuera de la red: Coseguro del 25%
Atención preventiva	Solo dentro de la red Copago de \$0	Solo dentro de la red Copago de \$0
Atención de emergencia/posterior a la estabilización	Copago de \$85 (NO se exime si lo internan)	Copago de \$85 (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) Fuera de la red: Coseguro del 40%	Copago de \$0 Copago de \$15 (Radiografías)/ copago de \$150 (Diganósticos) Coseguro del 20% (procedimientos terapéuticos) Fuera de la red: Coseguro del 40%

PRIMAS Y BENEFICIOS	My Choice (PPO) 002 Condado de San Mateo	My Choice (PPO) 004 Condados de San Joaquin y Stanislaus
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	En la red: \$0 copago para servicios solo cubiertos por Medicare Fuera de la red: 40% coaseguro para servicios solo cubiertos por Medicare	En la red: \$0 copago para servicios solo cubiertos por Medicare Fuera de la red: 40% coaseguro para servicios solo cubiertos por Medicare
Servicios oftalmológicos • Examen de rutina • Límite de cobertura de gafas	Solo dentro de la red 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)	Solo dentro de la red 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)
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}	Dentro de la red: Copago de \$0 por día, para los días 1 a 20 Copago de \$160 por día, para los días 21 a 51 Copago de \$0 por día, para los días 52 a 100 (no se requiere hospitalización previa)	Dentro de la red: Copago de \$0 por día, para los días 1 a 20 Copago de \$160 por día, para los días 21 a 51 Copago de \$0 por día, para los días 52 a 100 (no se requiere hospitalización previa)
Terapia física ¹	Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: Coseguro del 40%	Dentro de la red: Copago de \$0 Fuera de la red: Coseguro del 40%
Servicios de ambulancia terrestres y aéreos ¹	Dentro de la red: Copago de \$250 (no se cobra si lo internan) Fuera de la red: Coseguro del 40%	Dentro de la red: Copago de \$250 (no se cobra si lo internan) Fuera de la red: Coseguro del 40%
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 **My Choice (PPO) 002** y **My Choice (PPO) 004**
Condados de San Mateo, San Joaquin y Stanislaus

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	Copago de \$0	Copago de \$7	Copago de \$0
• Nivel 2: Medicamentos genéricos	Copago de \$5	Copago de \$12	Copago de \$15
• Nivel 3: Medicamento de marca preferida	Copago de \$40	Copago de \$47	Copago de \$120
• Nivel 4: Medicamentos de marca no preferida	Copago de \$100	Copago de \$100	Copago de \$300
• Nivel 5: Nivel de especialidad	Coseguro de 33%	Coseguro de 33%	Sin cobertura
• Nivel 6: Medicamentos de atención selecta	Copago de \$5	Copago de \$5	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)

Y0141_20097SP_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 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.

Nuestro plan le permite ver proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos proporcionados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar tratarlo. Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden negar la atención. Además, puede pagar un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.