









# TABLA DE BENEFICIOS 2019

<b>BENEFICIOS PARA 2019</b>	<b>Alignment Health Plan MyChoice (HMO) - 001</b> Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino	<b>Alignment Health Plan Platinum (HMO) - 015</b> Condados de Riverside y San Bernardino
 <b>Prima</b>	\$0	Copago de \$0
 <b>Médico/ especialista</b>	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0
 <b>Hospitalización del paciente</b>	Días 1 a 3: Copago de \$50 Días 4 a 90: Copago de \$0 Cantidad ilimitada de días por internación	Copago de \$0
 <b>Atención de emergencia/ Atención de posestabilización</b>	Copago de \$75 No se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas	Copago de \$65 No se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas
 <b>Atención de urgencia</b>	Copago de \$0 a \$10 No se cobra si lo internan en un plazo de 24 horas	Copago de \$0 a \$10 No se cobra si lo internan en un plazo de 24 horas
 <b>Cobertura internacional</b>	Copago de \$0 hasta \$25,000 por año	Copago de \$0 hasta \$25,000 por año
 <b>Ambulancia Servicios de ambulancia terrestres y aéreos</b>	\$125 No se cobra si lo internan	Copago de \$75 No se cobra si lo internan
 <b>Transporte</b>	Copago de \$0 22 viajes de ida a lugares aprobados por el plan (dentro de un radio de 25 millas).	Copago de \$0 22 viajes de ida a lugares aprobados por el plan por año (dentro de un radio de 25 millas).
 <b>Equipo médico duradero</b>	Coseguro del 0% para artículos de \$350 o menos; coseguro del 20% para artículos de \$350.01 o más	Coseguro del 0% para artículos de \$350 o menos; coseguro del 20% para artículos de \$350.01 o más
 <b>Membresía para el gimnasio/clases de acondicionamiento físico</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
 <b>Servicios oftalmológicos</b>	Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (1 por año) Límite de cobertura de \$75 para lentes de contacto/anteojos cada 2 años.	Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (1 por año) Límite de cobertura de \$200 para lentes de contacto/anteojos cada 2 años.
 <b>Servicios auditivos</b>	Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare; Copago de \$0 para examen/ colocación/evaluación (1 por año)	Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare; copago de \$0 para examen/colocación/ evaluación 1 por año. Límite de cobertura de \$1,000 cada 2 años para audífonos. El beneficio máximo aplica a ambos oídos combinados.

# TABLA DE BENEFICIOS 2019





<b>BENEFICIOS PARA 2019</b>	<b>Alignment Health Plan MyChoice (HMO) - 001</b> Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino	<b>Alignment Health Plan Platinum (HMO) - 015</b> Condados de Riverside y San Bernardino
 <b>Servicios odontológicos</b>	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles
 <b>Comidas para después del alta</b>	Sin cobertura	Copago de \$0 28 días/56 comidas
 <b>Atención personalizada a pedido</b>	Copago de \$0 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Copago de \$0 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 <b>Asignación de medicamentos de venta libre</b>	Sin cobertura	Límite de gasto de \$20 al mes. que no es acumulable mes a mes.
<b>Beneficios para medicamentos con receta (suministro de minorista preferido para 30 días)</b>		
<b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos Cobertura durante el período sin cobertura</b>	Copago de \$1	Copago de \$1
<b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b>	Copago de \$5	Copago de \$5
<b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b>	Copago de \$30	Copago de \$30
<b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</b>	Copago de \$75	Copago de \$75
<b>Nivel 5: medicamentos especializados</b>	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
<b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta Cobertura durante el período sin cobertura</b>	Copago de \$3	Copago de \$3

TABLA DE BENEFICIOS

Alignment Health Plan es un plan para necesidades especiales (SNP) de organizaciones para el mantenimiento de la salud (HMO) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, el formulario, las primas o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. 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. Alignment Health Plan no excluye a personas ni las trata diferente por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-634-2247 (TTY 711); ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-399-2247 (TTY 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-634-2247(TTY 711)