













# TABLA DE BENEFICIOS 2019

<b>BENEFICIOS PARA 2019</b>		Alignment Health Plan <b>Platinum (HMO) - 016</b> Condado de San Diego
 <b>Prima</b>	Copago de \$0	
 <b>Médico/especialista</b>	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0	
 <b>Hospitalización del paciente</b>	Días 1 a 3: Copago de \$0 Días 4 a 7: Copago de \$50 Días 8 a 90: Copago de \$0 cantidad ilimitada de días por internación	
 <b>Atención de emergencia/ Atención de posestabilización</b>	Copago de \$65 que no se cobra si lo internan en un plazo de 48 horas	
 <b>Atención de urgencia</b>	Copago de \$0-\$10 que no se cobra si lo internan en un plazo de 24 horas	
 <b>Cobertura internacional</b>	Copago de \$0 hasta \$25,000 por año	
 <b>Ambulancia Servicios de ambulancia terrestres y aéreos</b>	Copago de \$75 No se cobra si lo internan	
 <b>Transporte</b>	Copago de \$0 24 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 al 20% Coseguro del 20% para artículos de \$50.01 o más; Coseguro del 0% para artículos de \$50 o menos	
 <b>Membresía para el gimnasio/clases de acondicionamiento físico</b>	Copago de \$0	
 <b>Servicios oftalmológicos</b>	Copago de \$0 para examen de la vista de rutina (1 por año) límite de cobertura de \$200 para anteojos o lentes de contacto 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. Límite de cobertura de \$1,000 cada 2 años para audífonos. El beneficio máximo aplica a ambos oídos combinados.	

# TABLA DE BENEFICIOS 2019

## BENEFICIOS PARA 2019

Alignment Health Plan  
**Platinum (HMO) - 016**  
 Condado de San Diego






 <b>Servicios odontológicos</b>	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles
 <b>Comidas para después del alta</b>	Copago de \$0 28 días/56 comidas
 <b>Asignación de medicamentos de venta libre</b>	Límite de gasto de \$40 al mes que no es acumulable mes a mes
 <b>Atención personalizada a pedido</b>	Copago de \$0- \$10 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana
 <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 \$0
<b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b>	Copago de \$3
<b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b>	Copago de \$30
<b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</b>	Copago de \$75
<b>Nivel 5: medicamentos especializados</b>	Coseguro del 33%
<b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta Cobertura durante el período sin cobertura</b>	Copago de \$5

TABLA DE BENEFICIOS

Alignment Health Plan es un plan 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. Este plan está disponible para cualquier persona con Medicare o ambos. Asistente médico del Estado y Medicare. 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)