







# TABLA DE BENEFICIOS 2019






<b>BENEFICIOS PARA 2019</b>		Alignment Health Plan <b>CalPlus (HMO) - 009</b> Condados de Los Angeles, Orange, Riverside, San Bernardino, San Joaquin, Stanislaus, Santa Clara, y San Diego
 <b>Parte C Prima de la Parte D</b>	Copago de \$0 \$30.50	
 <b>Médico/especialista</b>	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0	
 <b>Hospitalización del paciente</b>	Días 1 a 60: \$0 Días 61 a 90: Coseguro de \$335 por día Días 91 en adelante: Coseguro de \$670 por cada día de reserva de reserva de por vida luego de los 90 días Pasados los días de reserva de por vida: todos cuestan \$1,340 deducibles de cada período de beneficios. Estos costos corresponden al año 2018 y pueden cambiar en el 2019.	
 <b>Atención de emergencia/ Atención de posestabilización</b>	Coseguro del 20% No se cobra si lo internan en un plazo de 3 días	
 <b>Atención de urgencia</b>	Coseguro del 20% se cobra si lo internan	
 <b>Cobertura internacional</b>	Copago de \$75 hasta \$25,000 por año no se cobra si lo internan	
 <b>Línea directa de enfermería las 24 horas</b>	Copago de \$0	
 <b>Ambulancia Servicios de ambulancia terrestres y aéreos</b>	Coseguro del 20% se cobra si lo internan	
 <b>Transporte</b>	Copago de \$0 Sin límite de viajes de ida a lugares aprobados por el plan (dentro de un radio de 20 millas).	
 <b>Equipo médico duradero</b>	Coseguro del 20%	
 <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 \$300 para anteojos o lentes de contacto cada 2 años.	

# TABLA DE BENEFICIOS 2019

## BENEFICIOS PARA 2019

Alignment Health Plan  
CalPlus (HMO) - 009

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

	<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 \$2000 cada 2 años para audífonos. El beneficio máximo aplica a ambos oídos combinados.
	<b>Servicios odontológicos</b>	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles
	<b>Asignación de medicamentos de venta libre</b>	Copago de \$0 límite de gasto de \$75 al mes.
	<b>Beneficio de alimentos- para diabéticos después del alta</b>	Copago de \$0 28 días/56 comidas
	<b>Beneficios para medicamentos con receta (suministro de minorista preferido para 30 días)</b>	
	<b>Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos</b>	Copago de \$5
	<b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b>	Copago de \$10
	<b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b>	Coseguro del 25%
	<b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</b>	Coseguro del 25%
	<b>Nivel 5: medicamentos especializados</b>	Coseguro del 25%
	<b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta</b>	Copago de \$5

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)