
















# TABLA DE BENEFICIOS 2019

<b>BENEFICIOS PARA 2019</b>	<b>Alignment Health Plan MyChoice (HMO) - 006</b> Condados de San Joaquin y Stanislaus	<b>Alignment Health Plan MyChoice (HMO) - 007</b> Condado de Santa Clara	<b>Alignment Health Plan AllCare Preferred Plan (HMO) - 011</b> Condado de Stanislaus
 <b>Prima</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
 <b>Médico/ especialista</b>	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0	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 \$0 Días 4 a 10: Copago de \$100 Días 11 a 90: Copago de \$0 Sin límite de días	Días 1 a 5: Copago de \$100 Días 6 a 90: Copago de \$0 (cantidad ilimitada de días por internación)	Días 1 a 4: Copago de \$0 Días 5 a 10: Copago de \$50 Días 11 a 90 \$ copago
 <b>Atención de emergencia/ Atención de posestabilización</b>	Copago de \$85 Se cobra si lo internan	\$85 Se cobra si lo internan	\$75 Se cobra si lo internan
 <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	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 \$7,500 por año	Copago de \$0 hasta \$7,500 por año	Copago de \$0 hasta \$7,500 por año
 <b>Línea directa de enfermería las 24 horas</b>	Copago de \$0	Copago de \$0	Copago de \$0
 <b>Ambulancia Servicios de ambulancia terrestres y aéreos</b>	Copago de \$100 No se cobra si lo internan	Copago de \$175 No se cobra si lo internan	Copago de \$100
 <b>Transporte</b>	Copago de \$0 12 viajes de ida al año a centro de atención de Alignment únicamente.	Sin cobertura	Copago de \$0 26 viajes de ida por año a ubicaciones aprobadas por el plan Sin límite de viajes a centros de atención de Alignment.
 <b>Equipo médico duradero</b>	Coseguro del 20%	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	Copago de \$0

# TABLA DE BENEFICIOS 2019

TABLA DE BENEFICIOS

<b>BENEFICIOS PARA 2019</b>	<b>Alignment Health Plan MyChoice (HMO) - 006</b> Condados de San Joaquin y Stanislaus	<b>Alignment Health Plan MyChoice (HMO) - 007</b> Condado de Santa Clara	<b>Alignment Health Plan AllCare Preferred Plan (HMO) - 011</b> Condado de Stanislaus
 <b>Servicios oftalmológicos</b>	Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (1 por año) Límite de cobertura de \$100 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 \$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 \$75 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)	Copago de \$0 para beneficios cubiertos por Medicare; Copago de \$0 para examen/colocación/evaluación (1 por año)
 <b>Servicios odontológicos</b>	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles	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>	Copago de \$0 28 días/56 comidas	Sin cobertura	Copago de \$0 28 días/56 comidas
 <b>Atención personalizada a pedido</b>	Copago de \$10 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Copago de \$10 Servicios de telesalud las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Copago de \$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 \$5	Copago de \$0	Copago de \$5
<b>Nivel 2: medicamentos genéricos</b>	Copago de \$10	Copago de \$5	Copago de \$10
<b>Nivel 3: medicamentos de marca preferidos</b>	Copago de \$40	Copago de \$40	Copago de \$40
<b>Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos</b>	Copago de \$93	Copago de \$100	Copago de \$93
<b>Nivel 5: medicamentos especializados</b>	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
<b>Nivel 6: medicamentos de atención selecta Cobertura durante el período sin cobertura</b>	Copago de \$5	Copago de \$5	Copago de \$5

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. 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)