





# TABLA DE BENEFICIOS 2018

<b>BENEFICIO PARA 2018</b>	<b>Alignment Health Plan My Choice (HMO POS) - 006</b>	<b>Alignment Health Plan My Choice (HMO) - 007</b>
 <b>Prima</b>	\$19	\$14
 <b>Médico/ especialista</b>	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$5	PCP: Copago de \$0 Especialista: Copago de \$0
 <b>Hospitalización del paciente</b>	Dentro de la red: Copago de \$200 del día 1 al 5 Copago de \$0 del día 6 al 90 (Cantidad ilimitada de días) Fuera de la red: Estándar de Medicare definido	Copago de \$100 del día 1 al 5 Copago de \$0 del día 6 al 90 (Cantidad ilimitada de días por admisión)
 <b>Atención de emergencia</b>	Copago de \$85	Copago de \$85
 <b>Atención de urgencia</b>	No se cobra el copago de \$0-\$10 si lo internan dentro de las 24 horas	No se cobra el copago de \$0-\$10 si lo internan dentro de las 24 horas
 <b>Cobertura internacional</b>	Copago de \$0 Hasta \$7,500	Copago de \$0 Hasta \$7,500
 <b>Línea directa de enfermería las 24 horas</b>	Copago de \$0	Copago de \$0
 <b>Ambulancia</b>	\$100 no se cobra si lo internan	\$175 no se cobra si lo internan
 <b>Transporte</b>	Copago de \$0 12 viajes de ida o vuelta a lugares aprobados por el plan dentro de un radio de 20 millas. Limitado para viajes a los centros de atención médica de Alignment únicamente.	Sin cobertura
 <b>Equipo médico duradero</b>	Coseguro del 20%	Coseguro del 20% para artículos de \$350.01 o más Coseguro del 0% para artículos de \$350 o menos
 <b>Membresía para el gimnasio/clases de acondicionamiento físico</b>	Copago de \$0	Copago de \$0

# TABLA DE BENEFICIOS 2018

<b>BENEFICIO PARA 2018</b>	<b>Alignment Health Plan My Choice (HMO POS) - 006</b>	<b>Alignment Health Plan My Choice (HMO) - 007</b>
 <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.
 <b>Servicios auditivos</b>	Copago de \$0 en los beneficios cubiertos por Medicare. Copago de \$0 para examen/colocación/evaluación (1 por año)	Copago de \$0 en los 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.
 <b>Beneficios para medicamentos con receta (suministro de minorista preferido para 30 días)</b>		
<b>Medicamentos genéricos preferidos, N 1</b>	Copago de \$5	Copago de \$0
<b>Medicamentos genéricos, N 2</b>	Copago de \$10	Copago de \$5
<b>Medicamentos de marca preferidos, N 3</b>	Copago de \$40	Copago de \$40
<b>Medicamentos de marca no preferidos, N 4</b>	Copago de \$93	Copago de \$93
<b>Medicamentos especializados, N 5</b>	Coseguro del 33%	Coseguro del 33%
<b>Medicamentos de atención selecta, cobertura de N 6 para el período sin cobertura</b>	Copago de \$5	Copago de \$5

Alignment Health Plan es un plan HMO, HMO POS y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Este documento 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. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso si resulta necesario. Alignment Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles 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 usted habla un idioma que no sea inglés, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-399-2247 (TTY 711). ATTENTION: If you speak a language other than English, assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-634-2247 (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).