

TABLA DE BENEFICIOS 2018














BENEFICIO PARA 2018	Alignment Health Plan CalPlus (HMO) - 009
 Prima*	Prima del plan de la Parte C de \$0/prima del plan de la Parte D de \$33.50*
 Médico/especialista	Copago de \$0
 Hospitalización del paciente	Beneficio estándar definido: en 2017, los montos para cada período de beneficios fueron los siguientes: Deducible de \$1,316 Coseguro de \$0 para los días 1 a 60 de cada período de beneficios Coseguro de \$329 para los días 61 a 90 de cada período de beneficios Coseguro de \$658 a partir del día 91 por cada día de reserva de por vida por cada período de beneficios. Usted es responsable de todos los costos después de los días de reserva de por vida. Estos montos pueden cambiar en 2018.
 Atención de emergencia	Coseguro del 20% no se cobra si lo internan en un plazo de 3 días
 Atención de urgencia	Coseguro del 20%
 Cobertura internacional	Copago de \$75 no se cobra si lo internan Hasta \$25,000
 Línea directa de enfermería las 24 horas	Copago de \$0
 Ambulancia	Coseguro del 20%
 Transporte	Copago de \$0 Viajes ilimitados a lugares aprobados por el plan (dentro de un radio de 20 millas)
 Equipo médico duradero	Coseguro del 20%
 Membresía para el gimnasio/ clases de acondicionamiento físico	Copago de \$0
 Productos de venta libre	Copago de \$0 \$215, cada 3 meses
 Servicios oftalmológicos	Copago de \$0 por exámenes de la vista de rutina (hasta 1 por año) Límite de cobertura de \$300 para anteojos/lentes de contacto cada 2 años.

TABLA DE BENEFICIOS 2018

BENEFICIO PARA 2018		Alignment Health Plan CalPlus (HMO) - 009
 Servicios auditivos	Copago de \$0 por los exámenes auditivos de rutina (hasta 1 por año) Copago de \$0 para 2 audífonos como máximo cada dos años; Límite de \$2,000 cada dos años (ambos oídos combinados)	
 Servicios odontológicos	Con cobertura Consulte el Resumen de beneficios para obtener detalles.	
 Beneficios para medicamentos con receta (suministro de minorista preferido para 30 días)		
Medicamentos genéricos preferidos, N 1	Copago de \$5	
Medicamentos genéricos, N 2	Copago de \$10	
Medicamentos de marca preferidos, N 3	Copago de \$40	
Medicamentos de marca no preferidos, N 4	Copago de \$93	
Medicamentos especializados, N 5	Coseguro del 25%	
Medicamentos de atención selecta, N 6 Cobertura durante el período sin cobertura.	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. 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. Este plan se encuentra disponible para aquellas personas que tienen asistencia médica del estado y de Medicare. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar en función del nivel de "ayuda adicional" que reciba. Comuníquese con el plan para obtener más detalles. 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).