

2022 Resumen de beneficios

Align Thrive (HMO I-SNP)

H3274, Plan 002

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Align Thrive (HMO I-SNP) desde el 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

Align Thrive (HMO I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO en inglés significa Organización para el mantenimiento de la salud) que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de beneficios. Para obtener más información, llame al 1-844-305-3879, los usuarios de TTY, deben llamar al 711.

La información de beneficios proporcionada es un resumen de lo que nosotros cubrimos y de lo que usted paga. No menciona cada servicio que cubrimos ni cada limitación o exclusión. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, visite nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com o llame a Servicios para los miembros y solicite una *Evidencia de cobertura*.

Para comunicarse con nuestros Representantes de servicios a los miembros:

- Llame gratis al 1-844-305-3879, los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 711.
- Atendemos: de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (excepto en el Día de Gracias y en Navidad), desde el 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes (excepto días feriados) desde el 1 de abril al 30 de septiembre.

Para inscribirse en Align Thrive (HMO I-SNP), es necesario que:

- Reúna los requisitos para la Parte A de Medicare,
- esté inscrito en la Parte B de Medicare,
- -- y -- viva en nuestra área de servicio,
- -- y -- viva en alguno de nuestros centros de cuidados participantes por más de 90 días o viva en una comunidad de vida asistida y requiera un nivel de atención institucional. El *Directorio de*

proveedores del plan tiene una lista de centros de cuidados participantes. Para consultar esta lista, puede acceder a nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com o llamar a Servicios para los miembros y solicitar que le enviemos una lista.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Alameda, El Dorado, Fresno, Kern, Los Angeles, Marin, Monterey, Orange, Riverside, San Bernardino, San Diego, San Francisco, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, Shasta, y Stanislaus.

Align Thrive (HMO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en AlignSeniorCare.com. Si utiliza los proveedores que no están en nuestra red, existe la posibilidad de que el plan no pague estos servicios.

Este documento también está disponible en braille y en tamaño de letra grande.

Los beneficios, la prima, el deducible o los copagos/el coseguro pueden cambiar a partir del 1 de enero de cada año.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

This document is available for free in Spanish.

Este documento está disponible gratis en español.

Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual actual **“Medicare & You 2022 (Medicare y Usted 2022)”**. Puede consultarlo en <https://www.medicare.gov> o llamar a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana para pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Los planes podrían ofrecer beneficios complementarios además de beneficios de la Parte C y beneficios de la Parte D.

	Align Thrive (HMO I-SNP)
Prima mensual del plan	\$0 Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	El deducible de la Parte B era de \$203. Este es el monto de costo compartido para 2021 y puede cambiar para 2022. Align Thrive (HMO I-SNP) proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan. El deducible de la Parte A es \$0.
Monto máximo de costos de bolsillo (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$3,500
Cobertura para pacientes internados en un hospital	\$150 de copago diario del día 1 al 10 y \$0 de copago diario del día 11 al 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. \$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare. \$0 de copago por cada día para los días 1 a 60 días adicionales de reserva de por vida. Los periodos de beneficios hospitalarios de Medicare no aplican. Para la atención hospitalaria como paciente internado, el costo compartido descrito antes aplica cada vez que a usted se le hospitaliza. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura hospitalaria como paciente externo Servicios hospitalarios para pacientes externos Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	\$75 de copago por cirugía que se realiza en un consultorio para pacientes externos 20% de coseguro por todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos <i>Se requiere autorización previa.</i> \$100 de copago <i>Se requiere autorización previa.</i>
Consultas médicas Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0 de copago \$0 de copago <i>Se requiere una remisión.</i> <i>La autorización previa solo se requiere para algunas cirugías y procedimientos de radiología.</i>

	Align Thrive (HMO I-SNP)
Cuidado preventivo	Usted no paga nada.
Atención de emergencia	\$90 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
Servicios de urgencia necesarios	\$40 de copago El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de 3 días.
Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen Pruebas de diagnóstico y procedimientos Servicios de laboratorio Servicios de diagnóstico por imagen (ej. resonancias magnéticas [MRI], tomografías computarizadas [CAT Scan]) Radiografías como paciente ambulatorio	20% de coseguro <i>No se requiere autorización cuando los servicios se proporcionan en un centro de cuidados o consultorio médico.</i> \$0 de copago <i>No se requiere autorización para pruebas de laboratorio con excepción de los que se usan para pruebas genéticas, las que sí requieren autorización.</i> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización para servicios radiológicos de diagnóstico.</i> \$0 de copago <i>Excepción a la autorización: No se requiere autorización para radiografías cuando el servicio se proporciona en un centro de atención de enfermería, un consultorio médico o un hospital.</i>
Servicios auditivos Evaluación auditiva <i>Beneficios complementarios</i> Exámenes auditivos de rutina, ajuste y evaluación para colocar audífonos. Audífonos	20% de coseguro del costo por los servicios auditivos cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 de copago por un examen auditivo de rutina y para ajuste/evaluación de audífonos por año. Hasta \$1,500 de crédito para ambos oídos combinados por año para audífonos.

	Align Thrive (HMO I-SNP)
Servicios odontológicos Odontología cubierta por Medicare <i>Beneficios complementarios</i> Preventivos	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Prior authorization is for Medicare-covered comprehensive dental only, not for Preventive dental services.</i> \$0 de copago: 2 Exámenes bucales; 2 Profilaxis (Limpiezas); 2 Radiografías dentales por año
Atención de la vista Examen de la vista anual para retinopatía diabética <i>Beneficios complementarios</i> Examen de la vista de rutina Anteojos, lentes, marcos, lentes de contacto	20% de coseguro para servicios cubiertos por Medicare. Usted paga \$0 de copago por 1 examen de la vista de rutina por año. Asignación de hasta \$130 de crédito combinado por año.
Servicios de atención de la salud mental Consulta como paciente hospitalizado Consulta para terapia de grupo como paciente ambulatorio Consulta para terapia individual como paciente ambulatorio	\$195 de copago diario del día 1 al 8 y \$0 de copago diario del día 9 al 90 para atención hospitalaria cubierta por Medicare. \$658 de copago diario del día 1 al 60 para días de reserva adicionales de por vida. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. Para la atención de salud mental para pacientes internados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que ingresa en el hospital. <i>Se requiere autorización previa.</i> \$10 de copago <i>Se requiere autorización previa.</i> \$20 de copago <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	\$0 de copago diario del día 1 al 20 y \$100 de copago diario del día 21 al 100 para atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare. Período de beneficios por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>

	Align Thrive (HMO I-SNP)
Fisioterapia	\$0 de copago <i>La autorización previa solo se requiere para servicios suministrados por proveedores no capitados.</i>
Servicios de ambulancia Ambulancia terrestre Ambulancia aérea	\$125 de copago <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</i> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no son de emergencia.</i>
Transporte que no es de emergencia	Sin cobertura
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Medicamentos para quimioterapia Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro <i>La autorización previa se requiere para algunos medicamentos. Para la quimioterapia, la administración inicial solo requiere autorización.</i> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para algunos medicamentos.</i>
Centro quirúrgico ambulatorio	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de quiropráctica Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones <i>Beneficios complementarios</i> Atención quiropráctica de rutina	20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. <i>Solo se requiere autorización previa para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</i> \$30 de copago Se limita a 12 consulta(s) por año
Suministros para la diabetes	\$0 de copago <i>La autorización previa solo se aplica a glucómetros y suministros.</i>
Cuidado del pie (servicios de podiatría) Examen y tratamiento del pie	20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.

	Align Thrive (HMO I-SNP)
<i>Beneficios complementarios</i> Atención de rutina de los pies	\$0 de copago por 4 consultas de rutina de los pies por año.
Terapia ocupacional o terapia del habla	\$0 de copago <i>La autorización previa solo se requiere para servicios suministrados por proveedores no capitados.</i>
Medicamentos sin receta (Over-the-Counter Drugs, OTC) <i>Beneficio complementario</i> Beneficio para productos sin receta	Hasta \$75 por trimestre para que se utilicen en la compra de productos de salud y bienestar de venta libre (OTC) que han sido seleccionados de un catálogo provisto por el plan.
Servicios de acupuntura Acupuntura para el dolor crónico en la parte baja de la espalda <i>Beneficios complementarios</i> Servicios de acupuntura adicionales	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. \$30 de copago Se limita a 12 consulta(s) por año.
Beneficio de servicios de apoyo en el hogar	\$0 de copago Al momento de la inscripción, los miembros reciben hasta 6 visitas para atención personal de servicio privado por parte de un proveedor participante después de una hospitalización. Cada visita tendrá una duración de 2 horas. Los servicios durante esas visitas para atención personal de servicio privado podrían incluir: • Necesidades de higiene personal, que incluye bañarse, vestirse y aseo personal • Tareas livianas del hogar que incluyen cambiar las sábanas, sacar la basura, ordenar y demás • Tareas de lavandería como lavar, secar y doblar • Preparación de alimentos que incluye planificación, preparación y/o ayuda con la preparación de las comidas • Transporte para buscar medicamentos recetados, compras, visitas sociales y demás Comuníquese con el plan para obtener más detalles

	Align Thrive (HMO I-SNP)	
Medicamentos con receta para pacientes externos		
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)
Deducible	\$480 para Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 los medicamentos con receta de la Parte D. Para todos los demás medicamentos del Nivel 1, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato.	
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$2 de copago	\$2 de copago
Nivel 2 (Genérico)	\$15 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 (Marcas preferidas)	\$45 de copago	\$45 de copago
Nivel 4 (Marca no preferida)	\$95 de copago	\$95 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro
Período sin cobertura	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,430, usted no pagará más del 25% de coseguro para medicamentos genéricos o 25% de coseguro para medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del período sin cobertura.	
Cobertura para situaciones catastróficas	Después de que los gastos anuales de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$7,050, usted pagará la mayor cantidad de: • 5% de coseguro, o bien, • \$3.95 de copago para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 de copago para todos los demás medicamentos.	

Cubrimos medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B tales como medicamentos para quimioterapia y algunos medicamentos que administre su proveedor.

Puede consultar el Directorio de farmacias y el formulario del plan completo (lista de medicamentos de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web AlignSeniorCare.com.

La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D tiene cuatro fases.

- Etapa del deducible: Durante esta etapa, usted paga el costo total de los medicamentos. Usted permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$480 por los medicamentos (\$480 es el monto de su deducible).
- Etapa de cobertura inicial: durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo. Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago del plan de la Parte D) sumen un total de \$4,430.
- Etapa del período sin cobertura: durante esta etapa, usted paga el 25% del precio de sus medicamentos de marca (además de una parte del costo de suministro) y el 25% del precio de los medicamentos genéricos. Usted permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de los medicamentos” del año hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de \$7,050.
- Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted paga el monto que sea mayor:
 - Coseguro del 5% del costo del medicamento.
 - O bien \$3.95 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y \$9.85 para todos los demás medicamentos.

El costo compartido puede variar dependiendo del punto de servicio (pedido por correo, minorista, Centro de atención a largo plazo [Long Term care, LTC]), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar, o si el medicamento con receta es de corto plazo (suministro de 30 días) o de largo plazo (suministro de 90 días).

Lista de verificación previa a la inscripción

Align Premier (HMO I-SNP)

Align Thrive (HMO I-SNP)

Align Connect (HMO C-SNP)

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que entienda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un representante de servicio al cliente al 1-844-305-3879 (TTY 711).

Entendiendo los beneficios

- ☐ Revise la lista completa de beneficios que se encuentran en la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés), especialmente para aquellos servicios para los que usted consulta regularmente a un médico. Visite AlignSeniorCare.com o llame al 1-844-305-3879 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar una nueva doctor.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.

Entender las reglas importantes

- ☐ Además de su prima mensual del plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se retira de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y / o los copagos / coseguros pueden cambiar el 1 de Enero de 2023.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores)).
- ☐ Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios prestados en un centro de enfermería especializada (SNF) de atención a largo plazo, un centro de enfermería de LTC (NF), un SNF / NF, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF / IDD) o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados
- ☐ Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basará en la verificación de que su condición hace probable que la duración de la estadía o la necesidad de un nivel institucional de atención sean de al menos 90 días.

Align Senior Care es un plan HMO I-SNP y HMO C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Align Senior Care depende de la renovación del contrato. Align Senior Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, ~~dis~~capacidad. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros de Align Senior Care, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.