



Resumen de beneficios para 2023

Align Kidney Care (HMO C-SNP)

H3274, Plan 004

Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Align Kidney Care (HMO C-SNP) desde el 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023.

Align Kidney Care (HMO C-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 la *Evidencia de cobertura*.

Para comunicarse con nuestros representantes de Servicios para 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 Acción 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 Kidney Care (HMO C-SNP), es necesario que:

- reúna los requisitos para la Parte A de Medicare
- -- y -- esté inscrito en la Parte B de Medicare
- -- y -- viva en nuestra área de servicio

- -- y -- cumpla con nuestro requisito de elegibilidad especial: nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especiales de las personas que tienen ciertas afecciones médicas. A fin de ser elegible para nuestro plan, debe tener una enfermedad renal en etapa terminal que requiera diálisis.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Alameda, El Dorado, Marin, Orange, San Francisco, San Mateo, Santa Barbara, Santa Clara, y Shasta.

Align Kidney Care (HMO C-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 está disponible de forma gratuita en español. (This document is available for free in English.)

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

Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente **“Medicare & You 2023 (Medicare y Usted 2023).”** Revíselo en línea en <http://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando a 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)
Prima mensual del plan (<i>incluye tanto servicios médicos como medicamentos</i>)	\$38.90 Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deducible	El deducible de la Parte B es de \$226. Para el deducible de la Parte A, usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare para 2023 por consultas para pacientes hospitalizados o por consultas para pacientes hospitalizados de salud mental. \$1,600 de deducible
Monto máximo que paga de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)	\$8,300
Cobertura para pacientes internados en un hospital	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). Se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. El período de beneficio comienza el primer día como paciente con cobertura de Medicare internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficio termina cuando usted no ha estado internado en un hospital ni en un SNF durante 60 días consecutivos. Si va a un hospital (o SNF) después de que un período de beneficios ha finalizado, comienza un nuevo período. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener un paciente. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Cobertura hospitalaria para pacientes externos Servicios hospitalarios para pacientes externos Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i> \$100 de copago por estadía <i>Se requiere autorización previa.</i>

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)
Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
Consultas médicas Proveedores de atención primaria Especialistas	\$0 de copago 0% - 20% de coseguro \$0 de costo compartido por nefrólogos dentro de la red. 20% de coseguro por todas las demás consultas médicas con especialistas.
Cuidado preventivo (por ejemplo, vacunas antigripales, exámenes para personas con diabetes)	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	\$25 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 y procedimientos de diagnóstico Servicios de diagnóstico por imagen (ej., resonancias magnéticas [MRI], tomografías computarizadas [CAT Scan]) Servicios de laboratorio	20% de coseguro <i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de cuidados o consultorio del médico.</i> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i> \$0 de copago <i>No se requiere autorización para pruebas de laboratorio con excepción de las que se usan para pruebas genéticas, las cuales sí requieren autorización.</i>

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)
Radiografías como paciente externo Radiología terapéutica	\$0 de copago <i>Excepción de autorización: las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de atención de enfermería o consultorio médico.</i> 20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios auditivos Evaluación auditiva <i>Beneficios complementarios</i> Examen auditivo de rutina Prueba(s) para el ajuste de audífonos Audífonos	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada dos años \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada dos años Hasta \$3,000 de crédito por ambos oídos combinados cada dos años para audífonos.
Servicios dentales Servicios dentales cubiertos por Medicare. <i>Beneficios complementarios</i> Servicios preventivos e integrales	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa solamente para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i> \$0 de copago 2 exámenes orales cada año; 2 profilaxis (limpiezas) cada año; 1 radiografía dental cada año; 1 tratamiento con fluoruro cada año Hasta \$800 de crédito por todos los servicios dentales integrales cubiertos dentro de la red cada año.

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)
Atención de la vista Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas Prueba de detección de glaucoma <i>Beneficios complementarios</i> Examen de la vista de rutina Exámenes adicionales de rutina para anteojos o lentes de contacto ○ Lentes de contacto ○ Lentes para anteojos ○ Marcos para anteojos ○ Anteojos (lentes y marcos) ○ Actualizaciones	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare. \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare. \$0 de copago Se limita a 1 consulta cada año Hasta \$150 de crédito combinado cada año.
Servicios de atención de la salud mental Consultas como paciente hospitalizado Consulta para terapia grupal como paciente externo	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. \$1,600 de deducible; \$0 de copago cada día por los días 1 al 60; \$400 de copago cada día por los días 61 al 90; \$800 de copago cada día por los días 91 al 150 (días de reserva de por vida). <i>Se requiere autorización previa.</i> 20% de coseguro

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)
Consulta para terapia individual como paciente externo	20% de coseguro
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Usted paga los montos de costo compartido de Original Medicare de 2023. \$0 de copago cada día por los días 1 al 20 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare. \$200 de copago cada día por los días 21 al 100 por cada estadía en un centro de atención de enfermería especializada cubierto por Medicare. <i>Se requiere autorización previa.</i>
Fisioterapia	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
Servicios de ambulancia	
Ambulancia terrestre	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</i>
Ambulancia aérea	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</i>
Servicios de transporte (que no sea de emergencia)	\$0 de copago Servicios de transporte rutinarios de hasta un máximo de 80 viajes cada año. Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, autobús/metro, camioneta, transporte médico, o servicios de transporte compartido a un lugar relacionado con la salud aprobado por el plan. Los viajes no deben superar 75 millas por cada viaje de un solo tramo.
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	
Medicamentos para quimioterapia y radiación	20% de coseguro <i>Para quimioterapia, se requiere autorización solamente para la aprobación inicial del medicamento.</i>
Otros medicamentos de la Parte B	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos.</i>

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)		
Medicamentos con receta para pacientes externos			
	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para hasta 30 días)	Costo compartido estándar de pedido por correo (suministro para hasta 90 días)	Costo compartido para atención a largo plazo (Long-term care, LTC) (suministro para hasta 31 días)
Deducible	\$505 para los medicamentos con receta de Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5 de la Parte D. Para todos los demás medicamentos, no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura de inmediato. No hay deducible en Align Kidney Care (HMO C-SNP) por insulinas selectas. Usted paga \$35 de copago por un suministro de un mes de insulinas selectas.		
Nivel 1 (Genérico preferido)	\$2 de copago	\$6 de copago	\$2 de copago
Nivel 2 (Genérico)	\$15 de copago	\$45 de copago	\$15 de copago
Nivel 3 (Marcas preferidas)	\$45 de copago \$35 de copago por un suministro de un mes de insulinas selectas.	\$135 de copago \$105 de copago por un suministro de tres meses por insulinas selectas.	\$45 de copago \$35 de copago por un suministro de un mes de insulinas selectas.
Nivel 4 (Marca no preferida)	\$95 de copago	\$285 de copago	\$95 de copago
Nivel 5 (Nivel de especialidad)	25% de coseguro	No está disponible	25% de coseguro
Nivel 6 (Medicamentos para la atención especializada)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Período sin cobertura	Después de que sus costos totales de medicamentos (incluyendo lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$4,660, 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.		

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)
Medicamentos con receta para pacientes externos	
Cobertura en situaciones catastróficas	Después de que los gastos anuales de su bolsillo (incluyendo los medicamentos comprados a través de su farmacia minorista y a través de pedidos por correo) alcancen \$7,400, usted pagará la mayor cantidad de: • 5% de coseguro, o bien, • \$4.15 de copago para los medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como medicamentos genéricos) y \$10.35 de copago para todos los demás medicamentos.

Costo-compartido basado en el punto de servicio (pedido por correo, en tiendas minoristas, Long Term Care (LTC)), infusión a domicilio, si la farmacia está en nuestra red en una red estándar o cuando la receta es de corto plazo (suministro por 30 días) o de largo plazo (suministro de 90 días).

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso cuando no haya pagado su deducible.

Beneficios Adicionales

	Align Kidney Care (HMO C-SNP)
Suministros para controlar la diabetes	\$0 de copago <i>La autorización previa solo se aplica a glucómetros y suministros.</i>
Servicios de diálisis	20% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico	\$0 de copago La cobertura incluye: El plan proporciona a los miembros una suscripción a una plataforma en línea de acondicionamiento físico y bienestar mediante una aplicación móvil. Comuníquese con el plan para obtener más información.
Beneficios de comidas	\$0 de copago El plan proporciona hasta dos comidas diarias durante los siete días posteriores al alta de una estadía hospitalaria o de rehabilitación. El beneficio se limita a cuatro semanas de comidas al año.
Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas	El plan proporcionará dos comidas por día durante un máximo de 60 días para los miembros que cumplan con el requisito de diagnóstico de enfermedad renal en etapa terminal.
Terapia ocupacional	20% de coseguro <i>Se requiere autorización previa.</i>
Beneficio de productos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)	\$0 de copago Usted es elegible para \$600 de crédito cada año para la compra de productos de venta libre (over-the-counter, OTC) para salud y bienestar. Comuníquese con el plan para obtener más información. Los créditos no utilizados no se transfieren al siguiente período
Servicios de podiatría (Cuidado del pie) Examen y tratamiento del pie	20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare.
<i>Beneficio complementario</i> Atención adicional de rutina para los pies	\$0 de copago Se limita a 6 consulta(s) cada año

Lista de verificación previa a la inscripción

Align Premier (HMO I-SNP) Align Thrive (HMO I-SNP)

Align Connect (HMO C-SNP)

Align Kidney Care (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).

Comprensión de los beneficios

- ☐ La Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y todos los servicios. Es importante revisar la cobertura del plan, los costos y los beneficios antes de que se inscriba. 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 pídselo a su médico) para asegurarse de que los médicos a quienes consulte están dentro de la red. Si no aparecen en este documento, significa que es muy probable que tenga que elegir a otro médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para obtener cualquier medicamento se encuentra dentro de la red. Si la farmacia no está en este documento, es muy probable que tenga que elegir otra farmacia para obtener sus medicamentos con receta.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos están cubiertos.

Comprensión de las reglas importantes

- ☐ Además de la prima mensual del plan, debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare. Por lo regular, esta prima se obtiene de su cheque del Seguro Social de cada mes.
- ☐ Los beneficios, las primas y/o los copagos/el coseguro podrían cambiar el 1 de enero de 2024.
- ☐ Excepto de cuando se trata de situaciones de emergencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no se encuentran en el directorio de proveedores).
- ☐ **Solamente para quienes están inscritos en planes I-SNP:** Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en la verificación que, durante 90 días o más, usted ha tenido o bien, se espera que necesite el nivel de servicios proporcionados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectual y del desarrollo, un hospital o unidad de psiquiatría, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital de cama giratoria o un centro aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) que proporcionen servicios semejantes a estos.
- ☐ **Solamente para quienes están inscritos en planes C-SNP:** Este plan es un plan institucional de necesidades especiales para quienes padecen afecciones crónicas (C-SNP). Su capacidad para inscribirse se basa en la verificación que indica que usted tiene una afección crónica que califica como grave o

Lista de verificación previa a la inscripción

Align Premier (HMO I-SNP) Align Thrive (HMO I-SNP)

Align Connect (HMO C-SNP)

Align Kidney Care (HMO C-SNP)

Align Senior Care es un HMO I-SNP y HMO C-SNP que tiene un contrato con Medicare. Los planes de Align Senior Care depende de la renovación del contrato.

Los proveedores que no se encuentran en nuestra red/que no tienen contrato con nosotros, no tienen obligación alguna de tratar a los miembros de Align Senior Care, salvo cuando se trate de situaciones de emergencia. Evidencia de cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que aplica a los servicios que se encuentran fuera de la red.

Align Senior Care cumple con las leyes federales aplicables de los derechos civiles y no discrimina con base en la raza, el color, la nacionalidad de origen, la edad, la discapacidad o el sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia Llame al 1-844-305-3879 (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 1-844-305-3879 (TTY 711)。

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-305-3879. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-305-3879. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-305-3879。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-305-3879。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-305-3879. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-305-3879. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-305-3879 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-305-3879. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-305-3879 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-305-3879. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-844-305-3879 على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे सवास य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी पर न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-305-3879 पर फोन करें कोई वयक्तक जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-305-3879. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-305-3879. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-305-3879. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-305-3879. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-305-3879 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。