



# Resumen de beneficios para 2024

## Memory Care (HMO C-SNP)

### H3274, Plan 003

**Este es un resumen de los medicamentos y servicios de salud cubiertos por Memory Care (HMO C-SNP) desde el 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024.**

Memory Care (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO C-SNP (HMO en inglés significa Organización para el mantenimiento de la salud) (C-SNP en inglés significa Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas o discapacitantes) 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](https://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 Memory 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 personas que padecen algún tipo de afección. A fin de ser elegible para nuestro plan, debe tener un diagnóstico de demencia.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: Alameda, Los Angeles, Marin, Orange, Riverside, San Francisco, San Mateo, y Santa Clara.

Memory Care (HMO C-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que puede encontrar en nuestro sitio web en [AlignSeniorCare.com](http://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 2024 (Medicare Y Usted 2024)”**. 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.

|                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                       | <b>Memory Care (HMO C-SNP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Prima mensual del plan</b> ( <i>incluye tanto servicios médicos como medicamentos</i> )                                                                                            | \$0<br>Debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Deducible</b>                                                                                                                                                                      | El deducible de la Parte B era de \$226. Este es el monto de costo compartido para 2023 y puede cambiar para 2024. Memory Care (HMO C-SNP) proporcionará las tasas actualizadas en <a href="https://www.alignseniorcare.com">AlignSeniorCare.com</a> apenas se emitan.<br>El deducible de la Parte A es de \$0.                                                            |
| <b>Monto máximo que paga de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta de la Parte D)                                                                                        | \$3,500                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Cobertura para pacientes internados en un hospital</b>                                                                                                                             | \$150 de copago cada día por los días 1 al 10 y \$0 de copago cada día por los días 11 al 90 por hospitalización cubierta por Medicare.<br><br>\$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare.<br><br>\$0 de copago por días adicionales de reserva de por vida.<br><br>Periodo de beneficios por estadía.<br><i>Se requiere autorización previa.</i>           |
| <b>Cobertura hospitalaria para pacientes externos</b><br><br>Servicios hospitalarios para pacientes externos<br><br><br>Servicios de observación hospitalaria para pacientes externos | \$75 de copago - cirugía para pacientes externos que se realiza en el consultorio del médico<br>20% de coseguro - todos los demás servicios hospitalarios para pacientes externos, como servicios de cuidados paliativos para pacientes externos.<br><i>Se requiere autorización previa.</i><br><br>\$100 de copago por estadía<br><i>Se requiere autorización previa.</i> |
| <b>Centro quirúrgico para pacientes externos (Ambulatory Surgical Center, ASC)</b>                                                                                                    | 20% de coseguro<br><i>Se requiere autorización previa.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Memory Care (HMO C-SNP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Consultas médicas</b><br>Proveedores de atención primaria<br>Especialistas                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 de copago<br><br>\$0 de copago<br><i>Se requiere autorización previa solo para algunas cirugías y algunos procedimientos radiológicos.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Cuidado preventivo (por ejemplo, vacunas antigripales, pruebas de detección de diabetes)</b>                                                                                                                                                                                                                                                              | Usted no paga nada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Atención de emergencia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$90 de copago<br>El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de urgencia necesarios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$40 de copago<br>El copago no se aplica si lo internan en un hospital dentro de un plazo de 3 días.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios de diagnóstico, análisis de laboratorio/diagnóstico por imagen</b><br><br>Pruebas y procedimientos de diagnóstico<br><br>Servicios radiológicos de diagnóstico (ej., resonancias magnéticas [MRI], tomografías computarizadas [CAT Scan])<br>Servicios de laboratorio<br><br>Radiografías para pacientes externos<br><br>Radiología terapéutica | 20% de coseguro<br><i>No se requiere autorización para servicios proporcionados en un centro de enfermería o en el consultorio del médico.</i><br><br>20% de coseguro<br><i>Se requiere autorización para servicios radiológicos de diagnóstico.</i><br><br>\$0 de copago<br><i>No se requiere autorización para servicios de laboratorio, con excepción de las pruebas genéticas, las cuales sí requieren autorización.</i><br><br>\$0 de copago<br><i>Excepción de autorización: las radiografías no requieren autorización cuando el servicio se presta en un centro de enfermería o en el consultorio del médico. Todos los demás servicios radiológicos de diagnóstico y terapéuticos requieren autorización.</i><br><br>20% de coseguro |

|                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                              | <b>Memory Care (HMO C-SNP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                              | <i>Se requiere autorización previa para servicios radiológicos terapéuticos.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Servicios auditivos</b><br>Evaluación auditiva<br><br><i>Beneficios complementarios</i><br>Examen auditivo de rutina<br><br>Prueba(s) para el ajuste de audífonos<br><br><b>Audífonos</b> | 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare<br><br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año<br>\$0 de copago<br>Se limita a 1 consulta cada año<br><br>Hasta \$1,500 de crédito cada año para audífonos para ambos oídos combinados.<br>Se limita a 2 audífonos cada año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios dentales</b><br>Servicios dentales cubiertos por Medicare<br><br><i>Beneficios complementarios</i><br>Servicios preventivos e integrales                                        | 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare<br><i>Se requiere autorización previa solo para los servicios dentales integrales cubiertos por Medicare.</i><br><br>2 examen (exámenes) oral(es); 2 limpieza(s); 2 tratamientos con fluoruro cada año. Las limitaciones de radiografías dentales están incluidas en la <i>Evidencia de cobertura</i> .<br><br>\$3,000 cada año por el uso para acceder a servicios dentales preventivos e integrales combinados complementarios (servicios no cubiertos por Medicare y/o Medicaid). Todos los servicios deben ser proporcionados por <b>Liberty Dental</b> .<br><br>Nuestro plan está asociado con Liberty Dental para proporcionarle sus beneficios dentales. Para encontrar un proveedor dentro de la red o para revisar las Pautas clínicas del plan de Liberty Dental, puede llamar a Servicios para los miembros al 1-866-544-1942 o buscar en línea el directorio de proveedores de Liberty Dental en <a href="http://libertydentalplan.com/alignseniorcare">libertydentalplan.com/alignseniorcare</a> . Si usted elige recibir atención de un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos. Es posible encontrar Limitaciones y exclusiones adicionales en la <i>Evidencia de cobertura</i> . |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Memory Care (HMO C-SNP)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Atención de la vista</b></p> <p>Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista</p> <p>Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.</p> <p>Anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas</p> <p>Prueba de detección de glaucoma</p> <p><i>Beneficios complementarios</i></p> <p>Examen de la vista de rutina</p> <p><b>Exámenes adicionales de rutina para anteojos o lentes de contacto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lentes de contacto</li> <li>○ Lentes para anteojos</li> <li>○ Marcos para anteojos</li> <li>○ Anteojos (lentes y marcos)</li> <li>○ Actualizaciones</li> </ul> | <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago<br/>Se limita a 1 consulta cada año</p> <p>Hasta \$300 de crédito combinado cada año.</p> |
| <p><b>Servicios de atención de la salud mental</b></p> <p>Consultas como paciente hospitalizado</p> <p>Consulta de terapia grupal como paciente externo</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>\$195 de copago cada día por los días 1 al 8 y \$0 de copago cada día por los días 9 al 90 por hospitalización cubierta por Medicare. \$658 de copago cada día por los días 1 al 60 para días de reserva adicionales de por vida.</p> <p><i>Se requiere autorización previa.</i></p> <p>\$10 de copago</p>                                                        |

|                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                     | <b>Memory Care (HMO C-SNP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Consulta de terapia individual como paciente externo                                                                                                | \$20 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)</b>                                               | \$0 de copago cada día por los días 1 al 20 y \$100 de copago cada día por los días 21 al 100 por atención en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare.<br><i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i> |
| <b>Fisioterapia</b>                                                                                                                                 | \$0 de copago<br><i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios de ambulancia</b><br><br>Ambulancia terrestre<br><br>Ambulancia aérea                                                                  | \$125 de copago<br><i>Se requiere autorización previa para servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i><br><br>20% de coseguro<br><i>Se requiere autorización previa para servicios de Medicare que no sean de emergencia.</i>                                              |
| <b>Servicios de transporte (que no sea de emergencia)</b>                                                                                           | \$0 de copago<br>Servicios de transporte de rutina de hasta un máximo de 24 viajes cada año.<br>Se considera un viaje el traslado de un tramo en taxi, camioneta, transporte médico, o servicio de transporte compartido a cualquier lugar relacionado con la salud.                |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b><br><br>Medicamentos para quimioterapia y radiación<br><br>Otros medicamentos de la Parte B | 0% - 20% de coseguro<br><i>Para quimioterapia, se requiere autorización solamente para la aprobación inicial del medicamento.</i><br><br>0% - 20% de coseguro<br><i>Se requiere autorización previa para ciertos medicamentos.</i>                                                  |

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                |                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                       | Memory 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                                             | \$400 por medicamentos con receta de la Parte D de Nivel 3, Nivel 4, y Nivel 5. Por todos los demás medicamentos, usted no tendrá que pagar ningún deducible y comenzará a recibir cobertura inmediatamente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                |                                                                                                    |
| Nivel 1 (medicamentos genéricos preferidos)           | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$0 de copago                                                                  | \$0 de copago                                                                                      |
| Nivel 2 (medicamentos genéricos)                      | \$10 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$30 de copago                                                                 | \$10 de copago                                                                                     |
| Nivel 3 (medicamentos de marca preferida)             | \$45 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$135 de copago                                                                | \$45 de copago                                                                                     |
| Nivel 4 (medicamentos de marca no preferida)          | \$95 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | \$285 de copago                                                                | \$95 de copago                                                                                     |
| Nivel 5 (medicamentos para la atención especializada) | 25% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | No está disponible                                                             | 25% de coseguro                                                                                    |
| Periodo sin cobertura                                 | Después de que los costos totales de sus medicamentos (incluido lo que nuestro plan haya pagado y lo que usted pagó) alcancen \$5,030, usted no pagará más del 25% de coseguro por medicamentos genéricos o 25% de coseguro por medicamentos de marca, para cualquier nivel de medicamentos durante la etapa del periodo sin cobertura. Memory Care (HMO C-SNP) ofrece cobertura adicional para el periodo sin cobertura para insulinas selectas. Durante la etapa del Periodo sin cobertura, los costos que paga de su bolsillo por insulinas selectas serán de copago por un suministro de un mes. |                                                                                |                                                                                                    |
| Cobertura en situaciones catastróficas                | Después de que los costos anuales de los medicamentos que paga de su bolsillo (incluidos los medicamentos comprados a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                |                                                                                                    |

| Memory 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) |
|                                                 | través de su farmacia minorista y a través del pedido por correo) alcancen \$8,000, usted no pagará nada. |                                                                                |                                                                                                    |

No pagará más de \$35 para el Nivel 3 por un suministro para un mes, \$70 para el Nivel 3 por un suministro para dos meses, y \$105 para el Nivel 3 por un suministro para tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

El costo compartido puede variar según el punto de servicio (pedido por correo, minoristas, atención a largo plazo (Long Term Care, LTC)), infusión en el hogar, si la farmacia está en nuestra red estándar, o si la receta es de corto plazo (suministro para 30 días) o de largo plazo (suministro para 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 para 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

|                                                                                                                                                                            | Memory Care (HMO C-SNP)                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de acupuntura</b><br>Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda<br><i>Beneficios complementarios</i><br>Servicios de acupuntura adicionales | 20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.<br><br>\$30 de copago<br>Se limita a 12 consulta(s) cada año. |

|                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                          | <b>Memory Care (HMO C-SNP)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Servicios de quiropráctica</b><br><br>Manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones<br><br>Atención quiropráctica de rutina | 20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.<br><i>Se requiere autorización previa solo para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</i><br><br>\$30 de copago<br>Se limita a 12 consulta(s) cada año<br><i>Solo se requiere autorización previa para los servicios de quiropráctica cubiertos por Medicare.</i>           |
| <b>Atención de acompañante</b>                                                                                                                           | \$0 de copago<br><br>Nuestro plan brinda hasta 60 horas anuales de Atención de acompañante. Este beneficio está disponible solo para los miembros que tienen la afección crónica de demencia.                                                                                                                                                      |
| <b>Suministros para controlar la diabetes</b>                                                                                                            | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Ejercitación de la memoria</b>                                                                                                                        | \$0 de copago<br>Los miembros tienen acceso a BrainHQ, una suscripción en línea para todo el año que ofrece ejercicios y juegos mentales y cerebrales                                                                                                                                                                                              |
| <b>Terapia ocupacional</b>                                                                                                                               | \$0 de copago<br><i>Puede requerir autorización previa. Comuníquese con el plan para obtener detalles adicionales.</i>                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Beneficio de artículos de venta libre (Over-The-Counter, OTC)</b>                                                                                     | \$0 de copago<br>Los miembros reciben \$325 por trimestre precargados en una tarjeta Flex Card. Se pueden gastar \$275 de ese monto en cualquier artículo de venta libre (Over-The-Counter, OTC). Se pueden gastar \$50 de ese monto solo en suministros para la incontinencia.<br>Los créditos no utilizados se transfieren al siguiente periodo. |

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                             | <b>Memory Care (HMO C-SNP)</b>                                                                                                                                                                    |
| <b>Servicios de podiatría (Cuidado del pie)</b><br>Examen y tratamiento del pie<br><br><i>Beneficio complementario</i><br><b>Atención adicional de rutina para los pies</b> | 20% de coseguro por cada servicio cubierto por Medicare<br><br>\$0 de copago<br>Se limita a 4 consulta(s) cada año                                                                                |
| <b>Kit sensorial</b>                                                                                                                                                        | \$0 de copago<br><br>Los miembros recibirán una caja de juegos y artículos sensoriales dos veces al año. Este beneficio está disponible solamente para miembros con afección crónica de demencia. |

# Lista de verificación de preinscripción

Senior Care (HMO I-SNP)  
Premier Care (HMO I-SNP)  
Memory Care (HMO C-SNP)  
Align Kidney Care (HMO C-SNP)

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

## Comprender los beneficios

- ☐ La evidencia de cobertura (EOC) proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [AlignSeniorCare.com](https://AlignSeniorCare.com) o llame al 1-844-305-3879 (TTY 711) para ver una copia de la EOC.
- ☐ Revise el directorio de proveedores (o consulte con su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar un nuevo médico.
- ☐ Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que utiliza para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no figura en la lista, probablemente tendrá que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- ☐ Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

## Comprender las reglas importantes

- ☐ **Efecto sobre la cobertura actual.** Su cobertura de atención médica actual finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare. Por ejemplo, si está en Tricare o en un plan de Medicare, ya no recibirá beneficios de ese plan una vez que comience su nueva cobertura.
- ☐ Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ☐ Los beneficios, primas o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- ☐ Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el directorio de proveedores).
- ☐ **Solo para afiliados a I-SNP:** Este plan es un plan institucional de necesidades especiales (I-SNP). Su aptitud para inscribirse se basará en la verificación de que usted, durante 90 días o más, ha tenido o se espera que necesite el nivel de servicios brindados en un centro de enfermería especializada, un centro de enfermería, un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, un hospital o unidad psiquiátricos, un hospital o unidad de rehabilitación, un hospital de atención a largo plazo, un hospital con camas multipropósito, o un centro aprobado por los CMS que proporcione servicios similares.
- ☐ **Solo para afiliados a C-SNP:** Este plan es un plan de necesidades especiales para enfermedades crónicas (C-SNP). Su aptitud para inscribirse se basará en la verificación de que tiene una enfermedad crónica grave o incapacitante específica que califique.

# Lista de verificación de preinscripción

Senior Care (HMO I-SNP)  
Premier Care (HMO I-SNP)  
Memory Care (HMO C-SNP)  
Align Kidney Care (HMO C-SNP)

Align Senior Care es una HMO I-SNP y una HMO C-SNP con contrato de Medicare. La inscripción en los planes de Align Senior Care depende de la renovación del contrato.

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.

Align Senior Care cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 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 केजवाब 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 वयक्तकत जो हिनदी 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。