

# Beneficios Importantes

## UHC MedicareMax Medicare Advantage FL-D004 (HMO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2024. Las cantidades indicadas varían según sea la cantidad que el estado cubre de los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Para obtener más información y los costos para las personas a quienes el estado no cubre los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa “Ayuda Adicional” cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 con el programa “Ayuda Adicional”	\$37.70 sin el programa “Ayuda Adicional”
-------------------------------	---------------------------------------	---

### Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura.

	Con ayuda de Medicaid para los costos compartidos	Sin ayuda de Medicaid para los costos compartidos
<b>Deducible Médico Anual</b>	Sin deducible	\$240
<b>Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura)</b>	\$0	\$8,850
<b>Visita al consultorio médico</b>		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago	20% de coseguro
Especialista	\$0 de copago (se necesita una referencia)	\$0 de copago (se necesita una referencia)

<b>Beneficios médicos</b>		
	<b>Con ayuda de Medicaid para los costos compartidos</b>	<b>Sin ayuda de Medicaid para los costos compartidos</b>
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago por cada estadía por un número de días ilimitado	\$2,000 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por día, por los días 1 a 100	\$0 de copago por día, días 1 a 100
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b>	\$0 de copago	20% de coseguro
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>		
Terapia de grupo	\$0 de copago	\$0 de copago
Terapia individual	\$0 de copago	\$0 de copago
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago	\$0 de copago

<b>Beneficios médicos</b>		
	<b>Con ayuda de Medicaid para los costos compartidos</b>	<b>Sin ayuda de Medicaid para los costos compartidos</b>
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)	\$100 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)	\$0 de copago (mundial)

<b>Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original</b>	
<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Artículos para la vista de rutina</b>	\$0 de copago El plan paga hasta \$300 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto
<b>Servicios Dentales - preventivos</b>	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro
<b>Servicios Dentales - integrales</b>	Con cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan
<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Aparatos auditivos</b>	El plan paga hasta \$2,000 cada año para 2 aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing.  Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

<b>Programa de acondicionamiento físico</b>	\$0 de copago por el programa Renew Active®, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, además de clases de acondicionamiento físico por Internet, contenido para la agudeza mental y 1 dispositivo Fitbit®.
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por un número ilimitado de viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias
<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>	\$0 de copago, 6 visitas por año
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$281 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables que tienen cobertura, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos de compañías de servicios públicos de la red
<b>Beneficio de comidas</b>	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF).
<b>Línea de Asesoramiento de Enfermería</b>	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Servicios de apoyo a domicilio</b>	\$0 de copago por 12 horas de apoyo a domicilio después de ser dado de alta de un hospital como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada

## Medicamentos con receta

**Deducible Anual para Medicamentos con Receta**                      \$0

## Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red

**Todos los medicamentos cubiertos**                      \$0 de copago  
(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)



Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2024\_SP\_M H5420006000

PNFL24HM0133347\_001