

Beneficios Importantes

UHC MedicareMax Dual Complete FL-Y6 (HMO-POS D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. Las cantidades indicadas son dentro de la red y son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, 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.

| | |
|-------------------------------|-----|
| Prima mensual del plan | \$0 |
|-------------------------------|-----|

Beneficios médicos

Visita al consultorio médico

| | |
|-------------------------------------|---------------|
| Proveedor de cuidado primario (PCP) | \$0 de copago |
|-------------------------------------|---------------|

| | |
|--------------|--------------------------------------------|
| Especialista | \$0 de copago (se necesita una referencia) |
|--------------|--------------------------------------------|

| | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------------|---------------|
| Servicios preventivos | \$0 de copago |
|------------------------------|---------------|

| | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados | \$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Centro de enfermería especializada (SNF) | \$0 de copago por día, días 1 a 100 |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía | \$0 de copago |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|

Beneficios médicos

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Terapia de grupo \$0 de copago

Terapia individual \$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

Suministros para el control de la diabetes \$0 de copago para las marcas que tienen cobertura

Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) \$0 de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos) \$0 de copago

Servicios de laboratorio \$0 de copago

Radiografías para pacientes ambulatorios \$0 de copago

Ambulancia \$0 de copago por transporte terrestre o aéreo

Cuidado de emergencia \$0 de copago (mundial)

Servicios requeridos de urgencia \$0 de copago (mundial)

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

Examen médico de rutina \$0 de copago, 1 por año

Exámenes de la vista de rutina \$0 de copago, 1 por año

Artículos para la vista de rutina \$0 de copago
El plan paga hasta \$500 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto. El plan cubre lentes de policarbonato, revestimiento contra rayos ultravioleta (UV) y revestimiento antirrayaduras sin costo para miembros.

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos). |
| Servicios Dentales – preventivos (con cobertura dentro y fuera de la red) | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro* |
| Servicios Dentales – integrales (con cobertura dentro y fuera de la red) | \$0 de copago por servicios dentales integrales* |
| Servicios Dentales - límite de los beneficios | \$5,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos* |
| Servicios para la Audición - examen de rutina | \$0 de copago, 1 por año |
| Aparatos auditivos | El plan paga hasta \$3,200 cada año para 2 aparatos auditivos de proveedores de la red. Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos). |
| Programa de acondicionamiento físico | \$0 de copago, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria. |
| Transporte de rutina | \$0 de copago por un número ilimitado de viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias |
| Cuidado de los pies - de rutina | \$0 de copago, 6 visitas por cada año |
| Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos | \$344 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura. Los miembros que califiquen también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos. |
| Beneficio de comidas | \$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) |

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Servicios de apoyo a domicilio | \$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 |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

*Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo de la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

Medicamentos con receta

| | |
|------------------|-----|
| Deducible | \$0 |
|------------------|-----|

| | |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cobertura Inicial | Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Todos los medicamentos cubiertos ¹ | \$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

¹ Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D



El derecho de participación en los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción.

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.