

# Beneficios Importantes

## UHC MedicareMax Medicare Advantage FL-0029 (HMO)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2024. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan	
Prima mensual del plan	\$0
Beneficios médicos	
Deducible Médico Anual	Sin deducible
Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura)	\$2,900
<b>Visita al consultorio médico</b>	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
Especialista	\$10 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
<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por día, días 1 a 20 \$203 de copago por día, días 21 a 100
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b>	\$150 de copago
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	
Terapia de grupo	\$15 de copago

<b>Beneficios médicos</b>	
Terapia individual	\$25 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
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$80 de copago
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$25 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$150 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$135 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$50 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
<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 \$250 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

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Aparatos auditivos</b>	\$99 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada año.  Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).
<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 y contenido para la agudeza mental.
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias
<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>	\$10 de copago, 6 visitas por año
<b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC)</b>	\$135 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura
<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.

## Etapas de pago de medicamentos con receta

<b>Deducible Anual para Medicamentos con Receta</b>	\$0 por los medicamentos con receta de la Parte D	
<b>Cobertura Inicial</b>	<b>Farmacia Minorista Estándar (suministro de 30 días)</b>	<b>Farmacia Preferida de Pedidos por Correo (suministro de 100 días)</b>
<b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2: Genéricos<sup>1</sup></b>	\$0 de copago	\$0 de copago

## Etapas de pago de medicamentos con receta

<b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b>	\$25 de copago	\$65 de copago
-------------------------------------	----------------	----------------

<b>Nivel 3: Medicamentos de Insulina Cubiertos</b>	\$25 de copago	\$65 de copago
--	----------------	----------------

<b>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos</b>	\$100 de copago	\$290 de copago
--	-----------------	-----------------

<b>Nivel 5: De Especialidad</b>	33% de coseguro	N/C <sup>3</sup>
---------------------------------	-----------------	------------------

<b>Etapa Sin Cobertura (Intervalo en la Cobertura)</b>	Una vez que el costo total de sus medicamentos alcance los \$5,030, el plan sigue pagando la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2 y usted paga su copago o coseguro. Por todos los demás niveles, usted paga el 25% del precio negociado de los medicamentos cubiertos. Es posible que pague menos si su plan tiene cobertura adicional durante la Etapa Sin Cobertura.	
--	---	--

<b>Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>	Una vez que el total de los gastos de su bolsillo para medicamentos alcance los \$8,000, usted no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D de Medicare durante el resto del año del plan.	
--	---	--

<sup>1</sup> Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos

<sup>3</sup> Limitado a un suministro de 30 días



La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2024\_SP\_M H5420003000

PNFL24HM0133346\_000