

Beneficios Importantes

UHC MedicareMax Medicare Advantage FL-0028 (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)	\$3,400
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	
Servicios preventivos	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
Centro de enfermería especializada (SNF)	
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, días 1 a 20 \$203 de copago por día, días 21 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)	\$150 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	\$0 de copago

Beneficios médicos	
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	\$150 de copago por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	\$135 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
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 \$300 cada año para lentes/ marcos y lentes de contacto
Servicios Dentales - preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro
Servicios Dentales - integrales	Con cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan
Servicios para la Audición - examen de rutina	\$0 de copago, 1 por año

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

Aparatos auditivos	\$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).
Programa de acondicionamiento físico	\$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.
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 año
Crédito para productos de venta sin receta (OTC)	\$170 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura
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).
Línea de Asesoramiento de Enfermería	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Etapas de pago de medicamentos con receta

Deducible Anual para Medicamentos con Receta	\$0 por los medicamentos con receta de la Parte D	
Cobertura Inicial	Farmacia Minorista Estándar (suministro de 30 días)	Farmacia Preferida de Pedidos por Correo (suministro de 100 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos¹	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago

Etapas de pago de medicamentos con receta

Nivel 3: Medicamentos de Insulina Cubiertos

\$0 de copago

\$0 de copago

Nivel 4: Medicamentos No Preferidos

\$65 de copago

\$185 de copago

Nivel 5: De Especialidad

33% de coseguro

N/C³

Etapa Sin Cobertura (Intervalo en la Cobertura)

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.

Cobertura de Gastos Médicos Mayores

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.

¹ Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos

³ 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 H5420001000

PNFL24HM0133345_000