

# Beneficios Importantes

## AARP® Medicare Advantage Plan 3 (HMO-POS)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2023. 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	\$79
------------------------	------

### Beneficios médicos

	Su costo
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)	\$6,900
<b>Visita al consultorio médico</b>	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
Especialista	\$15 de copago (no 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>	\$225 de copago por día, días 1 a 5 \$0 de copago por día, días 6 y en adelante
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por día, días 1 a 20 \$196 de copago por día, días 21 a 56 \$0 de copago por día, días 57 a 100
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b>	\$225 de copago
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	
Terapia de grupo	\$15 de copago
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

## Beneficios médicos

	Su costo
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])	\$150 de copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	\$40 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$30 de copago
Ambulancia	\$250 de copago por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	\$90 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
Servicios requeridos de urgencia	\$40 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

	Su costo
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 \$200 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.  Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (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	\$500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos *

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

	Su costo
	Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0
<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Aparatos auditivos</b>	\$175 - \$1,225 de copago por cada aparato auditivo proporcionado 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 desafíos para la agudeza mental.
<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>	\$15 de copago, 6 visitas por año
<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>NurseLine</b>	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

## Medicamentos con receta

	Su costo	
<b>Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)</b>	\$0	
<b>Etapas de Cobertura Inicial</b>	<b>Farmacia Minorista Estándar (30 días)</b>	<b>Farmacia Preferida de Pedidos por Correo (100 días)</b>
<b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2: Genéricos<sup>1</sup></b>	\$10 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b>	\$47 de copago	\$131 de copago
<b>Medicamentos de insulina selectos<sup>2</sup></b>	\$35 de copago	\$95 de copago
<b>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos</b>	\$95 de copago	\$275 de copago
<b>Nivel 5: De Especialidad</b>	33% de coseguro	N/C <sup>3</sup>

## Medicamentos con receta

	Su costo
<b>Etapas Sin Cobertura</b>	Los medicamentos del Nivel 1 están cubiertos durante la Etapa Sin Cobertura. Durante la Etapa Sin Cobertura, por los medicamentos cubiertos de otros niveles, una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, usted paga un 25% de coseguro por los medicamentos genéricos y un 25% de coseguro por los medicamentos de marca
<b>Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>	Una vez que el total de los gastos de su bolsillo alcance \$7,400, usted pagará la cantidad que sea mayor de las siguientes: \$4.15 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos), \$10.35 de copago por todos los demás medicamentos o 5% de coseguro

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

<sup>2</sup> Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina selecta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

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

**Tiene a su disposición cláusulas adicionales opcionales - Para obtener información, consulte el Resumen de Beneficios o la Evidencia de Cobertura**



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

Y0066\_MABH\_2023\_SP\_M H0755045000

AANJ23PO0060716\_001