

# Beneficios Importantes

## AARP® Medicare Advantage Mosaic Choice (PPO)

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

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0
-------------------------------	-----

### 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.

	<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Deducible Médico Anual</b>	Sin deducible	\$1,000
<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>	\$6,900 Dentro de la red	\$10,000 de manera combinada, dentro y fuera de la red
<b>Visita al consultorio médico</b>		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	Nivel 1: \$0 de copago   Nivel 2: \$25 de copago	50% de coseguro
Especialista	Nivel 1: \$25 de copago   Nivel 2: \$50 de copago (no se necesita una referencia)	50% de coseguro (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	\$0 de copago - 50% de coseguro (dependiendo del servicio)
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$360 de copago por día, días 1 a 5 \$0 de copago por día, días 6 y en adelante	50% de coseguro por cada estadía por un número ilimitado de días

## 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.

	Dentro de la red	Fuera de la red
<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	50% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b>	\$295 de copago	50% de coseguro
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>		
Terapia de grupo	\$15 de copago	\$30 de copago
Terapia individual	\$25 de copago	\$40 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	50% de coseguro
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$60 de copago	50% de coseguro
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$25 de copago	50% de coseguro
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$25 de copago	\$30 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$250 de copago por transporte terrestre o aéreo	\$250 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$90 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$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

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año *	50% de coseguro, 1 por año *
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año *	50% de coseguro, 1 por año *
<b>Artículos para la vista de rutina</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>El plan paga hasta \$150 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.*</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos).</p>	
<b>Servicios Dentales - preventivos</b>	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	<p>\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *</p> <p>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</p>
<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año *	50% de coseguro, 1 por año *
<b>Aparatos auditivos</b>	<p>\$175 - \$1,225 de copago por cada aparato auditivo proporcionado a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada año.*</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).</p>	
<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, desafíos para la agudeza mental y 1 dispositivo Fitbit®.	
<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>	\$25 de copago, 6 visitas por año *	50% de coseguro, 6 visitas por año *
<b>Servicios de acupuntura de rutina</b>	\$5 de copago, 12 visitas por año *	\$10 de copago, 12 visitas por año *
<b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC)</b>	\$40 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta 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).	

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
<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 por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2; \$250 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5	
<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>	\$12 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>	\$100 de copago	\$290 de copago
<b>Nivel 5: De Especialidad</b>	29% de coseguro	N/C <sup>3</sup>
<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 H3418001000

AANY23LP0060998\_001