

Beneficios Importantes

UnitedHealthcare® Nursing Home Plan (PPO I-SNP)

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 Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan

Si tiene todos los beneficios de Medicaid o si es un beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted paga \$0 por los servicios que tienen cobertura de Medicare. Es posible que tenga pequeños copagos por sus medicamentos con receta de la Parte D.

Prima mensual del plan	\$35.30
-------------------------------	---------

Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
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)	\$1,800 Dentro de la red	\$5,100 de manera combinada, dentro y fuera de la red
Visita al consultorio médico		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago	30% de coseguro
Especialista	\$0 de copago - 20% de coseguro (no se necesita una referencia)	30% 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	
Servicios preventivos	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (dependiendo del servicio)
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$1,556 de copago por cada estadía	\$1,556 de copago por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, días 1 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días

Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)	20% de coseguro	30% de coseguro
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios		
Terapia de grupo	\$0 de copago - 20% de coseguro	30% de coseguro
Terapia individual	\$0 de copago - 20% de coseguro	30% de coseguro
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	20% de coseguro	30% de coseguro
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	20% de coseguro	30% de coseguro
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	\$0 de copago a 20% de coseguro	30% de coseguro
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	30% de coseguro
Ambulancia	20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	\$90 de copago	
Servicios requeridos de urgencia	\$40 de copago	

Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año *	30% de coseguro, 1 por año *
Exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por año *	30% de coseguro, 1 por año *

Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago El plan paga hasta \$300 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	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *
Servicios Dentales - integrales	\$0 de copago por servicios dentales integrales *	\$0 de copago por servicios dentales integrales *
Servicios Dentales - límite de los beneficios	\$3,500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos* 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	
Servicios para la Audición - examen de rutina	\$0 de copago, 1 por año *	30% de coseguro, 1 por año *
Aparatos auditivos	El plan paga hasta \$2,000 cada año para 2 aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing.* Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).	
Transporte de rutina	\$0 de copago 36 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados; si se trata de diálisis, el número de viajes adicionales es ilimitado.*	75% de coseguro *
Cuidado de los pies - de rutina	\$0 de copago, 8 visitas por año *	30% de coseguro, 8 visitas por año *
Crédito para productos de venta sin receta (OTC)	\$275 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta que tienen cobertura	

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

Medicamentos con receta

	Su costo
Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)	\$505

Medicamentos con receta

	Su costo	
Costo Compartido de los Medicamentos Cubiertos	Farmacia Minorista Estándar (30 días)	Farmacia de Pedidos por Correo (100 días)
Etapas de Cobertura Inicial	25% de coseguro	25% de coseguro Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días.
Etapas Sin Cobertura	Una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,660, usted pagará, como máximo, un 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o un 25% de coseguro por los medicamentos de marca, por cualquier nivel de medicamento durante la Etapa Sin Cobertura	
Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	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	



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

Y0066_MABH_2023_SP_M H0710026000

UHEX23LP0060673_000