Beneficios Importantes

UnitedHealthcare® Nursing Home Plan (HMO 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	$31.10

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)	$500
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	$0 de copago
Especialista	$0 de copago - 20% 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
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$1,556 de copago por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF)	$0 de copago por día, días 1 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)	20% de coseguro
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	$0 de copago - 20% de coseguro
Terapia individual	$0 de copago - 20% de coseguro

Beneficios médicos

	Su costo
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
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	20% de coseguro
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	$0 de copago a 20% de coseguro
Servicios de laboratorio	$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	$0 de copago
Ambulancia	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

	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 $100 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).
Transporte de rutina	$0 de copago 24 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados.
Cuidado de los pies - de rutina	$0 de copago, 4 visitas por año
Crédito para productos de venta sin receta (OTC)	$330 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta que tienen cobertura

Medicamentos con receta

	Su costo	
Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)	$505	
Costo Compartido de los Medicamentos Cubiertos	**Farmacia Minorista Estándar (30 días)**	**Farmacia de Pedidos por Correo (100 días)**
Etapa de Cobertura Inicial	25% de coseguro	25% de coseguro Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días.
Etapa 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	
Etapa 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.