

# Beneficios Importantes

## UnitedHealthcare® Assisted Living 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 su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que tenga que pagar copagos bajos por sus medicamentos con receta de la Parte D.

<b>Prima mensual del plan</b>	\$31.10
-------------------------------	---------

### Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible Médico Anual</b>	Sin deducible	
<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>	\$1,600 Dentro de la red	\$5,100 de manera combinada, dentro y fuera de la red
<b>Visita al consultorio médico</b>		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago	30% de coseguro
Especialista	\$25 de copago (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	
<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (dependiendo del servicio)
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$200 de copago por día, días 1 a 7 \$0 de copago por día, días 8 y en adelante	30% de coseguro por cada estadía por un número ilimitado de días
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$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
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b>	\$175 de copago	30% de coseguro
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>		
Terapia de grupo	\$15 de copago	30% de coseguro
Terapia individual	\$25 de copago	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	
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura	30% de coseguro
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago	30% de coseguro
<b>Ambulancia</b>	\$100 de copago por transporte terrestre o aéreo	\$100 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*	30% de coseguro, 1 por año*
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$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
<b>Artículos para la vista de rutina</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>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.*</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*	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*
<b>Servicios Dentales - integrales</b>	\$0 de copago por servicios dentales integrales*	\$0 de copago por servicios dentales integrales*
<b>Servicios Dentales - límite de los beneficios</b>	<p>\$3,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*</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*	30% de coseguro, 1 por año*
<b>Aparatos auditivos</b>	<p>El plan paga hasta \$2,000 cada año para 2 aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing.*</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).</p>	
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias*	75% de coseguro*
<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>	\$0 de copago, 6 visitas por año*	30% de coseguro, 6 visitas por año*
<b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC)</b>	\$175 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
<b>Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)</b>	\$0

## Medicamentos con receta

Etapa de Cobertura Inicial	Su costo	
	Farmacia Minorista Estándar (30 días)	Farmacia Preferida de Pedidos por Correo (100 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$2 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos <sup>1</sup>	\$12 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$47 de copago	\$131 de copago
Medicamentos de insulina selectos <sup>2</sup>	\$35 de copago	\$95 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100 de copago	\$290 de copago
Nivel 5: De Especialidad	33% de coseguro	N/C <sup>3</sup>
<b>Etapa Sin Cobertura</b>	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	
<b>Etapa 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



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