Resumen de Beneficios 2023

UnitedHealthcare® Assisted Living Plan (PPO I-SNP)
H0710-056-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y los servicios de salud que proporciona el plan.
Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.

Llamada gratuita **1-855-544-4342**, TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

UHC.com/Medicare

United Healthcare

Y0066_SB_H0710_056_000_2023_SP_M

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones. Puede consultarla por Internet en **myUHCMedicare.com**, o puede llamar a Servicio al Cliente y recibir ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

Acerca de este plan

UnitedHealthcare® Assisted Living Plan (PPO I-SNP) es un plan Medicare Advantage PPO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

UnitedHealthcare® Assisted Living Plan (PPO I-SNP) es un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales que está diseñado específicamente para personas que requieren un nivel de cuidado institucional.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

New Jersey: Bergen, Burlington, Camden, Essex, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Somerset, Union.

Use proveedores y farmacias de la red

UnitedHealthcare® Assisted Living Plan (PPO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted tiene la libertad de consultar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Además, le ofrece la flexibilidad de acceder a una red de proveedores locales. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las siguientes tablas aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **UHC.com/Medicare** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los Directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

UnitedHealthcare® Assisted Living Plan (PPO I-SNP)

Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima Mensual del Plan	$31.10	
Deducible Médico Anual	Este plan no tiene un deducible.	
Máximo de Gastos de su Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	$1,600 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	$5,100 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de cualquier proveedor.
	Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.	

UnitedHealthcare® Assisted Living Plan (PPO I-SNP)

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados[2]		$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
		Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC)[2]	$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, $175 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía[2]	$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, $175 de copago	30% de coseguro
	Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios[2]	$175 de copago	30% de coseguro
Visitas al Médico	Proveedor de Cuidado Primario	$0 de copago	30% de coseguro
	Especialistas[2]	$25 de copago	30% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	$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	Cubierto por Medicare	$0 de copago	$0 de copago - 30% de coseguro (según el servicio)
		Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
		Visita de bienestar anual Medición de masa ósea Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) Evaluación de depresión Pruebas de detección y control de la diabetes Prueba de detección de hepatitis C Prueba de Detección del VIH Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Servicios de terapia de nutrición clínica Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Evaluación y asesoramiento sobre obesidad Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco) Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)	
		Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura. Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.	
	Examen médico de rutina	$0 de copago, 1 por año*	30% de coseguro, 1 por año*

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de Emergencia		$90 de copago ($0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.	
Servicios Requeridos de Urgencia		$40 de copago ($0 de copago por servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	
Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])[2]	20% de coseguro	30% de coseguro
	Servicios de laboratorio[2]	$0 de copago	$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico[2]	20% de coseguro	30% de coseguro
	Radiología terapéutica[2]	20% de coseguro	30% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios[2]	$0 de copago por cada servicio	30% de coseguro

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la Audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio[2]	$0 de copago	30% de coseguro
	Examen de audición de rutina	$0 de copago, 1 por año*	30% de coseguro, 1 por año*
	Aparatos auditivos[2]	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).	
Beneficios Dentales de Rutina	Preventivos	$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*	$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*
	Integrales[2]	$0 de copago por servicios dentales integrales*	$0 de copago por servicios dentales integrales*
	Límite de beneficios	$3,000 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	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la Vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos[2]	$0 de copago	30% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	$0 de copago	$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	$0 de copago, 1 por año*	30% de coseguro, 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).	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Salud Mental	Visita como Paciente Hospitalizado[2]	$200 de copago por día, días 1 a 7 $0 de copago por día, días 8 a 90	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2]	$15 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios[2]	$25 de copago	30% de coseguro
	Visitas virtuales de salud mental	$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	
Centro de Enfermería Especializada (SNF)[2]		$0 de copago por día, días 1 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	
Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios	Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje[2]	$0 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia ocupacional[2]	$0 de copago	30% de coseguro
	Visita Virtual	$0 de copago	30% de coseguro
Ambulancia[2] Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.		$100 de copago por transporte terrestre $100 de copago por transporte aéreo	$100 de copago por transporte terrestre $100 de copago por transporte aéreo

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Transporte de Rutina		$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias*	75% de coseguro*
Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.	Medicamentos para quimioterapia[2]	20% de coseguro	30% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B[2]	$0 de copago por antígenos para alergias 20% de coseguro por todos los demás	$0 de copago por antígenos para alergias 30% de coseguro por todos los demás

Medicamentos con receta

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Etapa 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D)	Esta etapa de pago no corresponde en su caso porque este plan no tiene un deducible para los medicamentos con receta de la Parte D.			
Etapa 2: Cobertura inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	**Medicamentos en una farmacia minorista**		**Farmacia de pedidos por correo**	
	Estándar		**Preferida**	**Estándar**
	Suministro de 30 días	**Suministro de 100 días**	**Suministro de 100 días**	**Suministro de 100 días**
Nivel 1: Genéricos Preferidos	$2 de copago	$6 de copago	$0 de copago	$6 de copago
Nivel 2: Genéricos[3]	$12 de copago	$36 de copago	$0 de copago	$36 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	$47 de copago	$141 de copago	$131 de copago	$141 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos[4]	$35 de copago	$105 de copago	$95 de copago	$105 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	$100 de copago	$300 de copago	$290 de copago	$300 de copago
Nivel 5: De Especialidad	33% de coseguro	N/C [5]	N/C[5]	N/C[5]
Etapa 3: 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 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que los gastos anuales de su bolsillo para la compra de medicamentos (incluso los medicamentos comprados en una farmacia minorista y en una farmacia de pedidos por correo) alcancen $7,400, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes: • 5% de coseguro, o • $4.15 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y $10.35 de copago por todos los demás medicamentos.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina - Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre.

[3] Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

[4] 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.

[5] Limitado a un suministro de 30 días

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado Quiropráctico	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)[2]	$20 de copago	30% de coseguro
Manejo de la Diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes[2]	$0 de copago Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas.	30% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	$0 de copago	30% de coseguro
	Plantillas o zapatos terapéuticos[2]	20% de coseguro	30% de coseguro

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)[2]	20% de coseguro	30% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)[2]	$0 de copago - 20% de coseguro	30% de coseguro
Cuidado de los Pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies[2]	$0 de copago	30% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	$0 de copago, 6 visitas por año*	30% de coseguro, 6 visitas por año*
Cuidados Paliativos		Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos[2]		$0 de copago	$0 de copago
Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2]	$15 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios[2]	$25 de copago	30% de coseguro
Crédito para productos de venta sin receta (OTC)		$175 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta que tienen cobertura. Compre en sitios minoristas de la red u obtenga la entrega a domicilio cuando usted realiza pedidos por Internet, por teléfono o por correo a través del catálogo de Productos de Venta Sin Receta.	

Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
Diálisis Renal[2]	20% de coseguro	20% de coseguro

[2] Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

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

Información necesaria

Los planes son proporcionados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". Puede consultarlo en Internet en es.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-314-8188 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-314-8188 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

El Formulario y la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 100 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711.