

# Beneficios Importantes

## UnitedHealthcare® Medicare Gold (Regional PPO C-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios del plan para el año 2020. Para obtener más información, consulte el Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Es posible que se apliquen restricciones, limitaciones y exclusiones.

### Costos del plan

Prima mensual del plan	\$29
------------------------	------

### Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual de gastos de su bolsillo (La cantidad máxima que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura del plan)	\$6,700 dentro de la red	\$6,700 de manera combinada, dentro y fuera de la red
Visita al consultorio médico	Proveedor de cuidado primario: \$5 de copago	Proveedor de cuidado primario: \$20 de copago
	Especialista: \$45 de copago (no se necesita una referencia)	Especialista: \$45 de copago (no se necesita una referencia)
Servicios preventivos	\$0 de copago	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$260 de copago por día, por los días 1 a 7 \$0 de copago por día, por un número de días ilimitado, en adelante	\$260 de copago por día, por los días 1 a 7 \$0 de copago por día, por un número de días ilimitado, en adelante
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, por los días 1 a 20	\$0 de copago por día, por los días 1 a 20
	\$160 de copago por día, por los días 21 a 62	\$160 de copago por día, por los días 21 a 62
	\$0 de copago por día, por los días 63 a 100	\$0 de copago por día, por los días 63 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	\$0 - \$260 de copago Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	\$0 - \$260 de copago Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.
Suministros para controlar la diabetes	\$0 de copago por las marcas que tienen cobertura	20% de coseguro

## Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de la salud a domicilio	\$0 de copago	50% de coseguro
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	\$0 a \$150 de copago	\$0 a \$150 de copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	\$20 de copago	\$20 de copago
Servicios de laboratorio	\$8 de copago	\$8 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$14 de copago	\$14 de copago
Ambulancia	\$250 de copago por transporte terrestre \$250 de copago por transporte aéreo	\$250 de copago por transporte terrestre \$250 de copago por transporte aéreo
Cuidado de emergencia	\$90 de copago (a nivel mundial)	
Servicios requeridos de urgencia	\$30 - \$40 de copago (\$90 de copago por la cobertura mundial)	

## 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 *	\$0 de copago; 1 por año *
Servicios para la vista - exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año *	\$0 de copago; 1 cada año *
Servicios para la vista - artículos para la vista	\$0 de copago cada 2 años; hasta \$100 para lentes/marcos y lentes de contacto *	50% de coseguro cada 2 años; hasta \$100 para lentes/marcos y lentes de contacto *
Audición - examen de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	\$45 de copago; 1 por año *
Aparatos auditivos	\$375 - \$2,075 de copago por cada aparato auditivo proporcionado a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años. *	Los aparatos auditivos están disponibles en todo el país a través de pedidos por correo a UnitedHealthcare Hearing. *

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™	La membresía estándar le ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico participantes, incluye una orientación de acondicionamiento físico en persona, acceso a clases de acondicionamiento físico en grupo y ejercicios de agudeza mental por Internet, dependiendo de la disponibilidad. De otra manera, puede inscribirse en un programa autodirigido de acondicionamiento físico, si un sitio de la red no es conveniente, y todo sin costo alguno para usted.	
Transporte	\$0 de copago; 24 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados*	75% de coseguro*
Cuidado de los pies - de rutina	\$0 de copago; 6 visitas por año*	\$0 de copago; 6 visitas por año*
Catálogo de productos para la salud y el bienestar	\$40 de crédito por trimestre para usar en productos para la salud aprobados. Haga su pedido por Internet en Walmart.com, por teléfono o por correo.	
NurseLine	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
Visitas virtuales médicas	Consulte a proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Puede encontrar los médicos que participan en el programa a través de Internet, en el sitio amwell.com	Sin cobertura

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

## Medicamentos con receta

	Su costo	
Deducible anual para medicamentos con receta	\$0 por los medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3; \$295 por los medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5	
Etapa de cobertura inicial	<b>Farmacia minorista estándar (suministro de 30 días)</b>	<b>Pedido por correo de farmacia preferida (suministro de 90 días)</b>
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$4 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$12 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$47 de copago	\$131 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$100 de copago	\$290 de copago
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	27% de coseguro	27% de coseguro

## Medicamentos con receta

	Su costo
Etapa sin cobertura	Durante la etapa sin cobertura, para los medicamentos de cualquier nivel, una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,020, usted paga, como máximo, 25% de coseguro por los medicamentos genéricos o 25% de coseguro por los medicamentos de marca
Etapa de cobertura de gastos médicos mayores	Una vez que el total de los gastos de su bolsillo alcance \$6,350, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes: \$3.60 de copago por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran genéricos), \$8.95 de copago por todos los demás medicamentos, o 5% de coseguro

**Tiene a su disposición cláusulas adicionales opcionales. Para obtener información, consulte el Resumen de Beneficios o la Evidencia de Cobertura.**



Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación de contrato del plan con Medicare. Este plan está disponible para toda persona que tenga una condición crónica que califique. La información de beneficios proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero.