

# Resumen de Beneficios 2020



## Descripción general de su plan

**AARP® Medicare Advantage Focus Essential (HMO-POS)**

H4527-024-000

Consulte esta guía y aproveche las ventajas que le ofrecen los servicios de cuidado de la salud que obtiene con este plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información acerca de este plan.



Número gratuito **1-844-723-6473**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local



**[www.AARPMedicarePlans.com](http://www.AARPMedicarePlans.com)**

**AARP®** | Medicare Advantage  
from UnitedHealthcare

# Resumen de Beneficios

---

## Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

La información acerca de beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en [www.AARPMedicarePlans.com](http://www.AARPMedicarePlans.com), o bien puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá información indicándole dónde debe ir en Internet para ver su Evidencia de Cobertura.

### Información de su plan.

AARP® Medicare Advantage Focus Essential (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados en:

**Texas:** Aransas, Bastrop, Bell, Cameron, El Paso, Falls, Hays, Hidalgo, Hill, Kleberg, Maverick, McLennan, Nueces, San Patricio, Starr, Travis, Victoria, Webb, Willacy, Williamson, Zavala.

### Utilice proveedores de la red.

AARP® Medicare Advantage Focus Essential (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Este plan de salud requiere que usted seleccione un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de la red. Su PCP se encarga de la mayoría de sus cuidados de rutina de la salud y será el responsable de coordinar todo lo referente a su cuidado. Si necesita consultar a un especialista de la red o a algún otro proveedor de la red, debe obtener una referencia de parte de su proveedor de cuidado primario. Antes de seleccionar a su proveedor de cuidado primario del plan, le conviene informarse de cuáles serían los especialistas y los hospitales que dicho proveedor le recomendaría o para los que le daría una referencia. Hay ciertos servicios para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.

Puede visitar el sitio web [www.AARPMedicarePlans.com](http://www.AARPMedicarePlans.com) para buscar un proveedor que sea parte de la red mediante el directorio en Internet.

# AARP® Medicare Advantage Focus Essential (HMO-POS)

| Primas y beneficios             | Dentro de la red   | Fuera de la red           |
|---------------------------------|--|---------------------------|
| Prima mensual del plan          | Su plan no tiene prima mensual.  |                           |
| Deducible médico anual          | Este plan no tiene un deducible.   |                           |
| Máximo de gastos de su bolsillo | \$3,900 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.   | Ilimitado fuera de la red |
|                                 | 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. |                           |

# AARP® Medicare Advantage Focus Essential (HMO-POS)

| Beneficios   |   | Dentro de la red   | Fuera de la red |
|--|---|--|-----------------|
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados<sup>1,2</sup></b>   |   | \$100 de copago por día, por los días 1 a 5<br>\$0 de copago por día, por los días 6 y en adelante<br>Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en un hospital como paciente hospitalizado. | Sin cobertura   |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><br><br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>1,2</sup>                                  | \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico<br>\$90 de copago, de otra manera  | Sin cobertura   |
|  | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>1,2</sup> | \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico<br>\$90 de copago, de otra manera  | Sin cobertura   |
|  | Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>   | \$90 de copago   | Sin cobertura   |

| <b>Beneficios</b>         |                              | <b>Dentro de la red</b>  | <b>Fuera de la red</b>  |
|---------------------------|------------------------------|--|---|
| <b>Visitas al médico</b>  | Médico primario              | \$0 de copago  | Sin cobertura   |
|                           | Especialistas <sup>1,2</sup> | \$20 de copago   | Sin cobertura   |
|                           | Visitas virtuales médicas    | Consulte a proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Las visitas virtuales están a su disposición en el sitio <a href="http://www.amwell.com">www.amwell.com</a> . De otra manera, si usted es un paciente actual de Wellmed, comuníquese con su proveedor para acceder a las visitas virtuales.   | Sin cobertura   |
| <b>Cuidado preventivo</b> | Cubierto por Medicare        | \$0 de copago  | Vacunas antigripales: \$0 de copago<br>Todos los demás servicios: Sin cobertura |
|                           |                              | <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Visita de “Bienestar” anual</p> <p>Medición de masa ósea</p> <p>Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</p> <p>Exámenes cardiovasculares</p> <p>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <p>Evaluación de depresión</p> <p>Pruebas de detección y control de la diabetes</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> |   |

| <b>Beneficios</b>                       |                         | <b>Dentro de la red</b>   | <b>Fuera de la red</b> |
|---|-------------------------|---|------------------------|
|   |                         | <p>Evaluación diagnóstica y asesoramiento con respecto a la obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (Prostate cancer screening, PSA)</p> <p>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B y vacuna antineumocócica</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p> <hr/> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.</p> <p>Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.</p> |                        |
|   | Examen médico de rutina | \$0 de copago; 1 por año  | Sin cobertura          |
| <b>Cuidado de emergencia</b>            |                         | <p>\$90 de copago (mundial) por cada visita</p> <p>Si se le admite al hospital en un plazo no mayor de 24 horas, le corresponderá pagar el copago hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago para casos de emergencia. Consulte la sección “Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>   |                        |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b> |                         | \$20 - \$40 de copago   |                        |

| <b>Beneficios</b>  |   | <b>Dentro de la red</b>  | <b>Fuera de la red</b>   |
|--|---|--|--|
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías</b> | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) <sup>1,2</sup>                           | \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico<br>\$125 de copago por cada servicio, de otra manera  | Sin cobertura  |
|  | Servicios de laboratorio <sup>1,2</sup>   | \$0 de copago  | Sin cobertura  |
|  | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>1,2</sup>                                    | \$0 de copago  | Sin cobertura  |
|  | Radiología terapéutica <sup>1,2</sup>   | \$60 de copago por cada servicio   | Sin cobertura  |
|  | Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>                                   | \$0 de copago por cada servicio  | Sin cobertura  |
| <b>Servicios para la audición</b>  | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio <sup>1,2</sup> | \$0 de copago  | Sin cobertura  |
|  | Examen de audición de rutina  | \$0 de copago; 1 por año   | Sin cobertura  |
|  | Aparatos auditivos <sup>2</sup>   | \$375 - \$2,075 de copago por cada aparato auditivo proporcionado a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años.                                    | Sin cobertura  |
| <b>Servicios dentales de rutina</b>  | Cláusula adicional Optional Dental  | Puede obtener beneficios dentales adicionales mediante una prima aparte. Para obtener más información, consulte la sección de beneficios opcionales que se encuentra más adelante. |  |
|  | Preventivos   | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *   | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro * |

| <b>Beneficios</b>              |   | <b>Dentro de la red</b>  | <b>Fuera de la red</b> |
|--------------------------------|---|--|------------------------|
| <b>Servicios para la vista</b> | Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>1,2</sup> | \$0 de copago  | Sin cobertura          |
|                                | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas <sup>1</sup>                  | \$0 de copago  | Sin cobertura          |
|                                | Examen de la vista de rutina  | \$0 de copago; 1 cada año  | Sin cobertura          |
|                                | Artículos para la vista   | \$0 de copago cada 2 años; hasta \$250 para lentes/marcos y lentes de contacto   | Sin cobertura          |
| <b>Salud mental</b>            | Visita para pacientes hospitalizados <sup>1,2</sup>                                       | \$100 de copago por día, por los días 1 a 5<br>\$0 de copago por día, por los días 6 a 90<br>Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado. | Sin cobertura          |
|                                | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>                     | \$20 de copago   | Sin cobertura          |
|                                | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>                   | \$20 de copago   | Sin cobertura          |



| <b>Beneficios</b>  |   | <b>Dentro de la red</b>   | <b>Fuera de la red</b>  |
|--|---|---|---|
| <b>Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)<sup>1,2</sup></b>  |   | <p>\$0 de copago por día, por los días 1 a 20</p> <p>\$160 de copago por día, por los días 21 a 45</p> <p>\$0 de copago por día, por los días 46 a 100</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF).</p> | Sin cobertura   |
| <b>Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje<sup>1,2</sup></b>  |   | \$20 de copago  | Sin cobertura   |
| <b>Ambulancia<sup>1,2</sup></b><br><br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia. Se requiere una referencia para el transporte en situaciones que no son una emergencia.  |   | <p>\$275 de copago por transporte terrestre</p> <p>\$275 de copago por transporte aéreo</p>   | <p>\$275 de copago por transporte terrestre</p> <p>\$275 de copago por transporte aéreo</p> |
| <b>Transporte de rutina</b>  |   | \$0 de copago; 26, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados  | Sin cobertura   |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b><br><br>Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a terapia escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información más detallada sobre este beneficio. | Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>  | 20% de coseguro   | Sin cobertura   |
|  | Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup> | 20% de coseguro   | Sin cobertura   |

| <b>Beneficios adicionales</b>   |  | <b>Dentro de la red</b>  | <b>Fuera de la red</b> |
|---|--|--|------------------------|
| <b>Cuidado quiropráctico</b>  | Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación <sup>1,2</sup> | \$20 de copago   | Sin cobertura          |
| <b>Manejo de la diabetes</b>  | Suministros para controlar la diabetes <sup>2</sup>                                      | \$0 de copago  | Sin cobertura          |
|   | Capacitación para el automanejo de la diabetes   | \$0 de copago  | Sin cobertura          |
|   | Zapatos e insertos terapéuticos <sup>2</sup>   | 20% de coseguro  | Sin cobertura          |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>        | Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>             | 20% de coseguro  | Sin cobertura          |
|   | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>  | 20% de coseguro  | Sin cobertura          |
| <b>Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™</b> |  | Membresía estándar en los centros de acondicionamiento físico participantes que ofrecen clases de acondicionamiento físico en grupo, dependiendo de la disponibilidad. Por ejemplo: programas de ejercicios de agudeza mental por Internet, actividades de acondicionamiento físico y una orientación al respecto, en persona, sin costo alguno para usted. Para obtener todos los detalles acerca del programa, visite <a href="http://www.UHCRenewActive.com">www.UHCRenewActive.com</a> , y haga clic en el enlace "Términos y Condiciones" que aparece al pie de página. |                        |
| <b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>                   | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>1,2</sup>  | \$20 de copago   | Sin cobertura          |

| <b>Beneficios adicionales</b>  |   | <b>Dentro de la red</b>  | <b>Fuera de la red</b>  |
|--|---|--|---|
| <b>Programa de cuidado de la salud a domicilio<sup>1,2</sup></b>     |   | \$0 de copago  | Sin cobertura   |
| <b>Cuidados paliativos</b>   |   | Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte del costo de los medicamentos y por el relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.  |   |
| <b>Visita de terapia ocupacional<sup>1,2</sup></b>                   |   | \$20 de copago   | Sin cobertura   |
| <b>Servicios de tratamiento relacionado con opiáceos</b>             |   | \$0 de copago  | Sin cobertura   |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b> | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>   | \$20 de copago   | Sin cobertura   |
|  | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup> | \$20 de copago   | Sin cobertura   |
| <b>Sistema personal de respuesta ante emergencias</b>                |   | Con el sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS), basta oprimir un botón para obtener ayuda. Puede tener la tranquilidad de saber que, ante cualquier situación de emergencia, con el dispositivo de monitoreo PERS en casa, puede obtener ayuda rápidamente, las 24 horas del día, sin ningún costo adicional. El dispositivo es un botón liviano que lo puede llevar en la muñeca o como un colgante; además, según sea el modelo, puede detectar caídas automáticamente. Para aprovechar este beneficio, usted debe tener una línea de teléfono fija o un teléfono celular. |   |
| <b>Diálisis renal<sup>1,2</sup></b>                                  |   | 20% de coseguro  | Sin cobertura fuera de la red (excepto en situaciones de emergencia). |

**Es posible que para los servicios con un 1, usted deba obtener una referencia de su médico. Los servicios con un 2 posiblemente requieren 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

## Beneficios complementarios opcionales

| Primas y beneficios                |             | Dentro de la red   |
|------------------------------------|-------------|--|
| Cláusula Adicional Platinum Dental | Prima       | \$38.00 adicionales por mes  |
|                                    | Descripción | La Cláusula Adicional Platinum Dental incluye beneficios de servicios dentales, tanto preventivos como integrales. |

## Información necesaria

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. Una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos con Receta. AARP y sus afiliadas no son aseguradoras. AARP no hace recomendaciones de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

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

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en el sitio <https://es.medicare.gov>, de otra manera puede obtener 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 Insurance Company cumple con las leyes federales referentes a derechos civiles y no discrimina en términos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

**注意：**如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-814-6894 (TTY : 711)。

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the first page of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

La participación en el programa Renew Active™ es voluntaria. Antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud, consulte a su médico. Renew Active incluye una membresía para acondicionamiento físico estándar. Los equipos, clases, planes de acondicionamiento físico personalizados y eventos pueden variar según

el lugar.

Ciertos servicios, clases y eventos son proporcionados por compañías afiliadas a UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados con UnitedHealthcare. La participación en AARP® Staying Sharp y en Fitbit® Community for Renew Active está sujeta a la aceptación de parte suya de sus respectivos términos y políticas. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área.

# Lista de Verificación de Inscripción

---

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

## Explicación de los beneficios

- ✓ Revise la lista completa de los beneficios que aparecen en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente los servicios para los que normalmente consulta a un médico. Llámenos o visítenos en Internet para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red.

## Explicación de las reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social todos los meses.
- ✓ Es posible que los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar ofrecerle tratamiento. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar el cuidado. Además, es posible que usted pague un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.