

# Beneficios Importantes

## AARP® Medicare Advantage Choice (PPO)

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 | \$0 |
|------------------------|-----|

### 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) | \$3,900 dentro de la red                                                                                                                    | \$10,000 de manera combinada, dentro y fuera de la red                                                              |
| Visita al consultorio médico                                                                                                                   | Proveedor de cuidado primario: \$0 de copago                                                                                                | Proveedor de cuidado primario: \$25 de copago                                                                       |
|                                                                                                                                                | Especialista: \$35 de copago (no se necesita una referencia)                                                                                | Especialista: \$60 de copago (no se necesita una referencia)                                                        |
| Servicios preventivos                                                                                                                          | \$0 de copago                                                                                                                               | \$0 de copago - 40% de coseguro (dependiendo del servicio)                                                          |
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados                                                                                             | \$225 de copago por día, por los días 1 a 5<br>\$0 de copago por día, por un número de días ilimitado, en adelante                          | \$475 de copago por día, por los días 1 a 22<br>\$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<br>\$160 de copago por día, por los días 21 a 45<br>\$0 de copago por día, por los días 46 a 100 | \$195 de copago por día, por los días 1 a 52<br>\$0 de copago por día, por los días 53 a 100                        |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía                                                                           | \$0 - \$200 de copago<br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.                               | 40% de coseguro<br>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                                                                                           | 30% 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 \$125 de copago                                                            | 40% de coseguro                                                                  |
| Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)                                                             | \$0 de copago                                                                    | 40% de coseguro                                                                  |
| Servicios de laboratorio                                                                                              | \$0 de copago                                                                    | \$0 de copago                                                                    |
| Radiografías para pacientes ambulatorios                                                                              | \$0 de copago                                                                    | \$9 de copago                                                                    |
| Ambulancia                                                                                                            | \$275 de copago por transporte terrestre<br>\$275 de copago por transporte aéreo | \$275 de copago por transporte terrestre<br>\$275 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 *                                                                                                                        | 40% de coseguro; 1 por año *                                                                                          |
| Servicios para la vista - exámenes de la vista de rutina | \$0 de copago; 1 cada año *                                                                                                                       | \$60 de copago; 1 cada año *                                                                                          |
| Servicios dentales - preventivos                         | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *                                                                                  | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *                                                      |
| Servicios dentales - integrales                          | \$0 de copago por los servicios dentales integrales *                                                                                             | \$0 de copago por los servicios dentales integrales *                                                                 |
| Servicios dentales - límite de los beneficios            | \$500 de límite en todos los servicios dentales que tienen cobertura                                                                              |                                                                                                                       |
| Audición - examen de rutina                              | \$0 de copago; 1 por año *                                                                                                                        | \$60 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.                                                                                                                    |                                     |
| Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias                 | 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. |                                     |
| Cuidado de los pies - de rutina                                | \$35 de copago; 6 visitas por año *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | \$60 de copago; 6 visitas por año * |
| Catálogo de productos para la salud y el bienestar             | \$50 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. 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                       |

\* 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; \$355 por los medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5 |                                                                        |
| Etapa de cobertura inicial                   | <b>Costo compartido en farmacia minorista estándar (suministro de 30 días)</b>                            | <b>Pedido por correo de farmacia preferida (suministro de 90 días)</b> |

## Medicamentos con receta

|                                              | Su costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                 |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos   | \$2 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0 de copago   |
| Nivel 2: Medicamentos genéricos              | \$14 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        | 26% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 26% de coseguro |
| 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.**

**AARP** | Medicare Advantage  
from UnitedHealthcare

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. 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.