

# Beneficios Importantes

## UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2023. Las cantidades indicadas son dentro de la red y son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o 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 (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted paga \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.** Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa “Ayuda Adicional” cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar también.

|                               |     |
|-------------------------------|-----|
| <b>Prima mensual del plan</b> | \$0 |
|-------------------------------|-----|

### Beneficios médicos

|   | <b>Su costo</b>   |
|---|---|
| <b>Visita al consultorio médico</b>   |   |
| Proveedor de cuidado primario (PCP)   | \$0 de copago   |
| Especialista  | \$0 de copago (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   |
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>                   | \$0 de copago 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   |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía</b> | \$0 de copago   |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>                |   |
| Terapia de grupo  | \$0 de copago   |
| Terapia individual  | \$0 de copago   |
| 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 |

## Beneficios médicos

|  | Su costo   |
|--|--|
| <b>Suministros para el control de la diabetes</b>  | \$0 de copago para las marcas que tienen cobertura |
| <b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b> | \$0 de copago                                      |
| <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>   | \$0 de copago                                      |
| <b>Servicios de laboratorio</b>  | \$0 de copago                                      |
| <b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>  | \$0 de copago                                      |
| <b>Ambulancia</b>  | \$0 de copago por transporte terrestre o aéreo     |
| <b>Cuidado de emergencia</b>   | \$0 de copago (mundial)                            |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>  | \$0 de copago (mundial)                            |

Es posible que la cobertura de beneficios médicos de Medicaid, fuera de la red, varíe según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

|  | Su costo   |
|--|--|
| <b>Examen médico de rutina</b>   | \$0 de copago, 1 por año   |
| <b>Exámenes de la vista de rutina</b>  | \$0 de copago, 1 por año   |
| <b>Artículos para la vista de rutina</b>   | \$0 de copago<br>El plan paga hasta \$450 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto   |
| <b>Servicios Dentales - preventivos (con cobertura dentro y fuera de la red)</b> | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*  |
| <b>Servicios Dentales - integrales (con cobertura dentro y fuera de la red)</b>  | \$0 de copago por servicios dentales integrales*   |
| <b>Servicios Dentales - límite de los beneficios</b>                             | \$3,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*<br>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 |
| <b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>                             | \$0 de copago, 1 por año   |
| <b>Aparatos auditivos</b>  | El plan paga hasta \$3,600 cada año para 2 aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing.  |

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

|   | Su costo   |
|---|--|
|   | Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).  |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b>   | \$0 de copago por el programa Renew Active, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, además de clases de acondicionamiento físico por Internet y desafíos para la agudeza mental.   |
| <b>Transporte de rutina</b>   | \$0 de copago por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a citas médicas, gimnasios y farmacias   |
| <b>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias</b>   | \$0 de copago por un sistema personal de respuesta ante emergencias (personal emergency response system, PERS)   |
| <b>Cuidado de los pies - de rutina</b>  | \$0 de copago, 6 visitas por año   |
| <b>Cuidado quiropráctico de rutina</b>  | \$0 de copago, 12 visitas por año  |
| <b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b> | \$150 de crédito cada mes para pagar alimentos y productos de venta sin receta que tienen cobertura, además de ciertas facturas de servicios públicos  |
| <b>Beneficio de comidas</b>   | \$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). |
| <b>NurseLine</b>  | Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.   |

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

## Medicamentos con receta

|  |  |
|--|--|
| <b>Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)</b>          | \$0  |
| <b>Suministro de 30 o 100 días en una farmacia minorista de la red</b> |  |
| <b>Todos los medicamentos cubiertos</b>                                | \$0 de copago<br>Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días |



Es posible que las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles varíen según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para más detalles, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2023\_SP\_M H6595004000

CSKY23PO0061209\_000