

Beneficios Importantes

Preferred Choice Palm Beach (HMO)

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

	Su costo
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)	\$3,400
Visita al consultorio médico	Proveedor de cuidado primario: \$0 de copago Especialista: \$20 de copago (se necesita una referencia)
Servicios preventivos	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$150 de copago por día, por los días 1 a 9 \$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 \$150 de copago por día, por los días 21 a 43 \$0 de copago por día, por los días 44 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	Centro Tipo 1: \$0 - \$75 de copago; Centro Tipo 2: \$0 - \$150 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
Cuidado de la salud a domicilio	\$0 de copago
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	\$0 a \$50 de copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	\$25 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$18 de copago
Ambulancia	\$240 de copago por transporte terrestre \$240 de copago por transporte aéreo
Cuidado de emergencia	\$90 de copago (a nivel mundial)

Beneficios médicos

	Su costo
Servicios requeridos de urgencia	\$0 de copago (\$90 de copago por la cobertura mundial)

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Su costo
Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año
Servicios para la vista - exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año
Servicios para la vista - artículos para la vista	\$0 de copago cada año; hasta \$200 para lentes/marcos y lentes de contacto
Servicios dentales - preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro
Audición - examen de rutina	\$0 de copago; 1 por año
Aparatos auditivos	Asignación de \$600 por cada oído, beneficio máximo de \$1,200 cada 2 años, hasta 2 aparatos auditivos
Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™	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 www.UHCRenewActive.com y haga clic en el enlace "Términos y Condiciones" que aparece al pie de página.
Cuidado de los pies - de rutina	\$20 de copago; 6 visitas por año
Beneficio de productos de venta sin receta	\$45 de crédito por trimestre para usar en productos incluidos en una lista aprobada por el plan
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

Medicamentos con receta

	Su costo
Deducible anual para medicamentos con receta	\$0

Medicamentos con receta

Etapa de cobertura inicial	Su costo	
	Farmacia minorista estándar (suministro de 30 días)	Pedido por correo de farmacia preferida (suministro de 100 días)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos*	\$10 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	33% de coseguro	33% de coseguro
Etapa sin cobertura	Los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la etapa sin cobertura. Durante la etapa sin cobertura, para los medicamentos cubiertos de otros niveles, una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,020, usted paga 25% de coseguro por los medicamentos genéricos y 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	

* Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos



Preferred Care Partners está asegurado 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.

Y0066_MABH_20_SP_M_FINAL_H1045037000

PCFL20HM4524629_000