

Beneficios Importantes

UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan	
Prima mensual del plan	\$0
Deducible médico anual	\$0
Máximo anual de gastos de su bolsillo (lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto)	\$3,400

Beneficios del plan	
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
Especialista	\$15 de copago (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
Servicios preventivos	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$195 de copago por día, días 1 a 5 \$0 de copago por día, días 6 y en adelante
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, días 1 a 20 \$150 de copago por día, días 21 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)	\$195 de copago

Beneficios del plan

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Terapia de grupo	\$15 de copago
------------------	----------------

Terapia individual	\$25 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
-------------------	---

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20% de coseguro
---	-----------------

Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	\$0 de copago - 20% de coseguro
---	---------------------------------

Suministros para el control de la diabetes

	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
--	--

Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])

	\$260 de copago
--	-----------------

Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)

	\$5 de copago
--	---------------

Servicios de laboratorio

	\$0 de copago
--	---------------

Radiografías para pacientes ambulatorios

	\$5 de copago
--	---------------

Ambulancia

	\$120 de copago por transporte terrestre o aéreo
--	--

Cuidado de emergencia

	\$150 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
--	---

Servicios requeridos de urgencia

	\$65 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
--	---

Beneficios adicionales del plan

Examen médico de rutina		\$0 de copago, 1 por año
 Servicios para la audición	Examen de audición de rutina	\$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva
	Aparatos auditivos	\$199 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año. □ Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta □ Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios □ La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía □ Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura
 Beneficios dentales de rutina	Servicios preventivos e integrales	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro Los servicios dentales integrales tienen cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan \$0 de copago por servicios dentales integrales
 Servicios para la vista	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por cada año
	Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago El plan paga hasta \$100 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos).

Beneficios adicionales del plan



Programa de acondicionamiento físico

\$0 de copago

Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo adicional e incluye:

- ☐ Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales y de primera categoría
- ☐ Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios
- ☐ Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet
- ☐ Actividades para ejercitar la memoria por Internet

Transporte de rutina

\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias

Cuidado de los pies - de rutina

\$15 de copago, 6 visitas por cada año



Crédito para productos de venta sin receta (OTC)

\$70 de crédito cada trimestre para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) en tiendas o en Internet

- ☐ Elija entre miles de productos de venta sin receta de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, artículos de primeros auxilios y más
- ☐ Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

Beneficio de comidas

\$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)

¿Qué es el coseguro?

El coseguro es una porción o parte del costo total, generalmente como un porcentaje. Con este plan, usted paga parte del costo de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Por ejemplo, si su coseguro es del 25% y el costo total de su medicamento con receta es de \$100, usted pagaría \$25. El plan paga el resto. Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el deducible; luego, comenzará a pagar el coseguro.

Etapas de pago de medicamentos con receta		
Deducible	\$0 por los medicamentos con receta del Nivel 1 y 2 de la Parte D \$270 por los medicamentos con receta del Nivel 3, 4, 5	
Cobertura Inicial	En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,100, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.	
Nivel de cobertura de medicamentos	Farmacia Minorista Estándar (suministro de 30 días)	Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de 100 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos¹	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	19% de coseguro	19% de coseguro
Insulina Cubierta²	19%, hasta \$35 de copago	19%, hasta \$105 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos³	41% de coseguro	N/C
Nivel 5: De Especialidad³	30% de coseguro	N/C
Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D por Medicare durante el resto del año del plan.	

¹ Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos

² Usted no paga más del 19% del costo total de un medicamento o \$35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0.

³ Limitado a un suministro de 30 días

Escanee este código para
ver su Resumen de
Beneficios





La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066_MABH_2026_SP_M H1045037000

PCFL26HM0335827_000