

Beneficios Importantes

UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP)

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 con el programa “Ayuda Adicional”	\$4.80 sin el programa “Ayuda Adicional”
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 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])

\$230 de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)

\$50 de copago

Servicios de laboratorio

\$0 de copago

Radiografías para pacientes ambulatorios

\$25 de copago

Ambulancia

\$275 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

\$0 de copago (mundial)

Beneficios adicionales del plan

Examen médico de rutina

\$0 de copago, 1 por año

Beneficios adicionales del plan

 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	<p>\$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.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta<input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios<input type="checkbox"/> 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<input type="checkbox"/> Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura
 Beneficios dentales de rutina	Servicios preventivos e integrales	<p>\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro</p> <p>Los servicios dentales integrales tienen cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan</p> <p>\$0 de copago por servicios dentales integrales</p>
 Servicios para la vista	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por cada año
	Artículos para la vista de rutina	<p>\$0 de copago</p> <p>El plan paga hasta \$200 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto.</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos).</p>

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 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 60 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



Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar

\$53 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para miembros que califiquen

- Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más
- Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
- Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca
- Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet
- Obtenga apoyo para el bienestar que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más.

Beneficios adicionales del plan

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)
-----------------------------	---

Medicamentos con receta

Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga:

Deducible	Su deducible es \$0
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.
Cobertura de medicamentos	Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red
Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	\$0, \$1.60, o \$5.10 de copago Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen \$0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
Todos los demás medicamentos¹	\$0, \$4.90, o \$12.65 de copago Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen \$0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
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 Usted no paga más del 25% 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.

Escanee este código para
ver su Resumen de
Beneficios





**Preferred
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, 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_2026_SP_M H1045064000

PCFL26HM0335846_000