# Beneficios Importantes

## UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP)

Esta es una breve descripción de los costos y los beneficios del plan para el año 2027. Para obtener información completa sobre el plan, consulte el Resumen de Beneficios o Evidencia de Cobertura.

| **Costos del plan** | |
|---|---|
| **Prima mensual del plan** | $0 |
| **Reducción de la prima de la Parte B** | Hasta $101<br>Las reducciones se aplicarán a su cheque del Seguro Social o a su factura de la prima de la Parte B de Medicare. |
| **Deducible médico anual** | Sin deducible |
| **Máximo anual de gastos de su bolsillo** (lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto) | $2,900 |

| **Costos y beneficios del plan cubiertos cuando se reciben dentro de la red** | |
|---|---|
| **Visita al consultorio médico** | |
| Proveedor de cuidado primario (PCP) | $0 de copago<br>Elija un proveedor de cuidado primario para que ayude a administrar su cuidado |
| Especialista | $0 de copago<br><br>Se requiere una referencia de su proveedor de cuidado primario |
| Visitas virtuales | $0 de copago |
| **Servicios preventivos** | $0 de copago |
| **Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados** | $0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días |
| **Centro de enfermería especializada** (SNF) | $0 de copago por cada día, días 1 a 20<br>$25 de copago por cada día, días 21 a 100 |
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios** | |
| Centro de cirugía ambulatoria (ASC) | $25 de copago |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía | $75 de copago |
| **Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios** | |
| Terapia de grupo | $0 de copago |

| Costos y beneficios del plan cubiertos cuando se reciben dentro de la red | |
|---|---|
| Terapia individual | $0 de copago |
| Visitas virtuales | $0 de copago |
| **Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios** | |
| Fisioterapia y terapia del habla | $0 de copago |
| Terapia ocupacional | $0 de copago |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** | |
| Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) | $0 de copago |
| Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) | 20% de coseguro |
| **Suministros para el control de la diabetes** | $0 de copago por las marcas que tienen cobertura |
| **Servicios de radiodiagnóstico** (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) | $150 de copago |
| **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** (no radiológicos) | $0 de copago |
| **Servicios de laboratorio** | $0 de copago |
| **Radiografías para pacientes ambulatorios** | $0 de copago |
| **Ambulancia** | $120 de copago por transporte terrestre o aéreo |
| **Cuidado de emergencia** | $80 de copago por cada visita |
| **Servicios requeridos de urgencia** | $25 de copago por cada visita |

| Beneficios adicionales del plan | | |
|---|---|---|
| **Examen médico de rutina** | | $0 de copago, 1 por cada 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 | Una asignación de $700 para 2 aparatos auditivos cada año<br>• Una amplia selección de aparatos auditivos de alta calidad y de marca con receta<br>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios<br>• 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 |

| Beneficios adicionales del plan | | |
|---|---|---|
| | | • 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<br>Los servicios dentales integrales tienen cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan<br><br>$0 de copago por los 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<br><br>El plan paga hasta $200 cada año por lentes/marcos estándar y lentes de contacto.<br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos). |
| **Programa de acondiciona-miento físico** | | $0 de copago<br>Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo adicional e incluye:<br>• Membresía gratuita a gimnasios en centros principales y de primera categoría<br>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios |
| **Transporte de Rutina** | | $0 de copago por 24 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias |
| **Cuidado de los pies - de rutina** | | $0 de copago, 6 visitas por cada año |
| **Crédito para productos de venta sin receta (OTC) y alimentos** | | $40 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), además de alimentos saludables para miembros que califiquen<br>• Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más<br>• Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua<br>• Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General, Target y en las tiendas de su comunidad que le queden cerca |
| **Beneficio de comidas** | | $0 de copago por 28 comidas entregadas a 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 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.

| Etapas de pago de medicamentos con receta | | |
|---|---|---|
| **Deducible** | Este plan no tiene un deducible para medicamentos con receta.<br>Su cobertura comienza en la Etapa de Cobertura Inicial. | |
| **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 $2,400, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. | |
| **Cobertura de medicamentos por niveles** | **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: Genéricos[3]** | $0 de copago | $0 de copago |
| **Nivel 3: De Marca Preferidos** | $0 de copago | $0 de copago |
| **Medicamentos de Insulina Cubiertos[4]** | $0 de copago | $0 de copago |
| **Nivel 4: Medicamentos No Preferidos[5]** | 27% de coseguro | N/C |
| **Nivel 5: Especializado[5]** | 33% de coseguro | N/C |
| **Cobertura de Gastos Médicos Mayores** | Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan. | |

[3]Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

[4]Usted paga un máximo de $0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

[5]Limitado a un suministro de 30 días

Elija farmacias de la red para obtener la mejor experiencia y los gastos de su bolsillo más bajos. Usar farmacias fuera de la red podría significar que pague más - o incluso el costo total - de sus medicamentos con receta.

| Descuentos para miembros |
|---|
| Como miembro del plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare, usted tendrá acceso a una colección de descuentos en cientos de productos y servicios. Una vez que sea miembro, usted puede iniciar sesión en su sitio web para miembros y consultar la lista de descuentos disponibles para usted. |

## Encuentre toda la información que necesita en Internet

Descargue la aplicación UnitedHealthcare o visite **myPreferredCare.com** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante nuestros directorios en línea También puede acceder a nuestra Herramienta de Cálculo Aproximado de Costos y consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción. Consulte su Resumen de Beneficios o Evidencia de Cobertura para obtener una lista de todos los servicios cubiertos.

**Escanee este código para ver su Resumen de Beneficios**

## Información necesaria

UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero. 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.

**Aparatos auditivos -** Es posible que el plan solamente cubra aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición.

**Programa de acondicionamiento físico -** Los beneficios de acondicionamiento físico y las redes de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.

**Crédito para productos de venta sin receta (OTC) y alimentos -** Los beneficios de productos de venta sin receta (over the counter, OTC) y alimentos tienen plazos de vencimiento. Revise su Evidencia de Cobertura (Evidencia de Cobertura, EOC) para obtener más información. El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedades cardiovasculares, y que también cumplen los criterios del plan que indiquen que están en alto riesgo de hospitalización y cumplen los requisitos para la coordinación de cuidados intensivos.

**Descuentos para miembros -** Como miembro del plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare, usted tendrá acceso a una colección exclusiva de descuentos en cientos de productos y servicios. Una vez que sea miembro, usted puede iniciar sesión en su sitio web para miembros y consultar la lista de descuentos disponibles para usted. Los descuentos descritos no se ofrecen ni se garantizan por nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, los descuentos no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Cualquier disputa relacionada con esos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas formales de UnitedHealthcare. Las ofertas de descuentos pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Las ofertas de descuentos están disponibles para los miembros a través de un tercero. La participación en las ofertas de descuentos de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de los servicios ni de la información proporcionada por terceros.

Preferred Care Partners
A UnitedHealthcare Company

Y0066_MABH_2027_SP_M H1045018000 PCFL27HM0422696_000