

Beneficios Importantes

UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. 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
Beneficios médicos	
Deducible Médico Anual	Sin deducible
Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura)	\$3,400
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
Especialista	\$10 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
Servicios preventivos	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$150 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)	\$150 de copago

Beneficios médicos

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

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]) \$250 de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos) \$15 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 \$140 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

Servicios requeridos de urgencia \$20 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

Examen médico de rutina \$0 de copago, 1 por año

Exámenes de la vista de rutina \$0 de copago, 1 por año

Artículos para la vista de rutina \$0 de copago
El plan paga hasta \$100 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto. El plan cubre lentes de

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	<p>poli-carbonato, revestimiento contra rayos ultravioleta (UV) y revestimiento antirrayaduras sin costo para miembros.</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>
Servicios Dentales – preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro
Servicios Dentales – integrales	Con 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 Audición - examen de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Aparatos auditivos	<p>\$99 - \$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 a través de proveedores de la red.</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos).</p>
Programa de acondicionamiento físico	\$0 de copago, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria.
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	\$10 de copago, 6 visitas por cada año
Crédito para productos de venta sin receta (OTC)	\$85 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura
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)

Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo de la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

Etapas de pago de medicamentos con receta		
Deducible	\$0 por los medicamentos con receta del Nivel 1 y 2 de la Parte D \$175 por los medicamentos con receta del Nivel 3, 4, 5	
Cobertura Inicial	Farmacia Minorista Estándar (suministro de 30 días)	Farmacia Preferida 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	\$15 de copago	\$35 de copago
Nivel 3: Medicamentos de Insulina Cubiertos²	\$15 de copago	\$35 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos³	\$100 de copago	N/C
Nivel 5: De Especialidad³	31% de coseguro	N/C
Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Después de que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,000, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.	

¹ Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos

² Usted pagará un máximo de \$15 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de pago de medicamentos, excepto durante la etapa de pago de medicamentos de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0

³ Limitado a un suministro de 30 días



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

Y0066_MABH_2025_SP_M H1045037000

PCFL25HM0238982_000