

Beneficios Importantes

UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. Las cantidades indicadas varían según sea la cantidad que el estado cubre de los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Para obtener información completa y los costos para las personas a quienes el estado no cubre los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan

Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa “Ayuda Adicional” cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.

Prima mensual del plan	\$0 con el programa “Ayuda Adicional”	\$20.30 sin el programa “Ayuda Adicional”
-------------------------------	---------------------------------------	---

Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura.

	Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos	Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos
Deducible Médico Anual	Sin deducible	\$257
Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura)	\$0	\$9,350
Visita al consultorio médico		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago	20% de coseguro
Especialista	\$0 de copago (no se necesita una referencia)	\$0 de copago (no se necesita una referencia)

Beneficios médicos		
	Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos	Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos
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	\$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	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía por un número de días ilimitado	\$1,970 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, por los días 1 a 100	\$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)	\$0 de copago	20% de coseguro
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios		
Terapia de grupo	\$0 de copago	\$0 de copago
Terapia individual	\$0 de copago	\$0 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	\$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	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura

Beneficios médicos		
	Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos	Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	\$0 de copago	20% de coseguro
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago	20% de coseguro
Ambulancia	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	\$0 de copago (mundial)	\$110 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)	\$0 de copago (mundial)

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	<p>\$0 de copago</p> <p>El plan paga hasta \$300 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto. El plan cubre lentes de policarbonato, 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 y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

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	El plan paga hasta \$2,500 cada año para 2 aparatos auditivos de proveedores de la red. Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos).
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 un número ilimitado de 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 alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	\$267 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura. Los miembros que califiquen también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos.
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.

Medicamentos con receta

Deducible	\$0
------------------	-----

Medicamentos con receta

Cobertura Inicial	Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red
--------------------------	---

Todos los medicamentos cubiertos ¹	\$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
--	--

¹ Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D



**Preferred
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

El derecho de participación en los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción.

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_2025_SP_M H1045038000

PCFL25HM0238983_001