

Resumen de Beneficios 2021

Plan Medicare Advantage
con Cobertura de
Medicamentos con Receta

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)
H5652-003-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-866-774-9671**, TTY: **711**

8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local



www.EricksonAdvantage.com



Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en www.EricksonAdvantage.com, o puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá información indicándole dónde debe ir en Internet para ver su Evidencia de Cobertura.

Acerca de este plan.

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) es un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales que está diseñado específicamente para personas que viven en una institución contratada (por ejemplo, un asilo de convalecencia) por 90 días o más. Puede encontrar una lista de las instituciones contratadas en www.EricksonAdvantage.com.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

Colorado: Douglas;

Kansas: Johnson;

Maryland: Baltimore, Montgomery, Prince George's;

Massachusetts: Essex, Plymouth;

Michigan: Oakland;

New Jersey: Monmouth, Morris, Union;

North Carolina: Mecklenburg;

Pennsylvania: Bucks, Delaware;

Texas: Collin, Harris;

Virginia: Fairfax, Loudoun.

Use proveedores y farmacias de la red.

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Hay ciertos servicios para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar www.EricksonAdvantage.com para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los Directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)

Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$28.80	
Deducible Médico Anual	Este plan no tiene un deducible.	
Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$500 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	Un número ilimitado fuera de la red
	Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.	

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados²		\$0 de copago por cada estadía	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Visitas al médico	Proveedor de Cuidado Primario	\$0 de copago	30% de coseguro
	Especialistas ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago; Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (dependiendo del servicio)
		Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Visita de “Bienestar” anual Medición de masa ósea Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)	

Beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) Evaluación de depresión Pruebas de detección y control de la diabetes Prueba de detección de hepatitis C Prueba de detección del VIH Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Servicios de terapia de nutrición clínica Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Evaluación y asesoramiento sobre obesidad Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco) Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B y vacuna antineumocócica Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura. Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.</p>	
Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año*	\$0 de copago; 1 por año*

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de emergencia		<p>\$50 de copago por cada visita</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>	
Servicios requeridos de urgencia		\$20 de copago	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Servicios de laboratorio ²	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Radiología terapéutica ²	\$0 de copago por cada servicio	30% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago por cada servicio	30% de coseguro
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año*	30% de coseguro; 1 por año*
	Aparatos auditivos ²	\$375 - \$2,075 de copago por cada aparato auditivo proporcionado a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años. *	\$375 de copago por los aparatos auditivos con entrega a domicilio disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solamente productos selectos)*

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficios de Routine Dental		Sin cobertura	
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año*	30% de coseguro; 1 cada año*
	Artículos para la vista	\$0 de copago cada 2 años; hasta \$100 para marcos y lentes de contacto. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.*	\$0 de copago; hasta \$100 para los artículos para la vista con entrega a domicilio disponibles en todo el país solo a través de UnitedHealthcare Vision. (solamente productos selectos)*
Salud mental	Visita como paciente hospitalizado ²	\$0 de copago por cada estadía	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de enfermería especializada (SNF)²		\$0 de copago por día, por los días 1 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	
Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje²		\$0 de copago	30% de coseguro
Ambulancia² Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia.		\$50 de copago por transporte terrestre \$50 de copago por transporte aéreo	\$50 de copago por transporte terrestre \$50 de copago por transporte aéreo
Transporte de rutina		\$0 de copago; 24 viajes en una sola dirección por año desde o hacia sitios aprobados	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos para quimioterapia ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B ²	\$0 de copago	30% de coseguro

Medicamentos con receta

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Etapa 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D).	Esta etapa de pago no corresponde en su caso porque este plan no tiene un deducible para los medicamentos con receta de la Parte D.			
Etapa 2: Cobertura inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	Medicamentos en una farmacia minorista		Farmacia de pedidos por correo	
	Estándar		Preferida	Estándar
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos ³	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos	\$28 de copago	\$84 de copago	\$74 de copago	\$84 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos ⁴	\$28 de copago	\$84 de copago	\$74 de copago	\$84 de copago
Nivel 4: Medicamentos no preferidos	\$70 de copago	\$210 de copago	\$200 de copago	\$210 de copago
Nivel 5: Medicamentos de especialidad	33% de coseguro	N/C ⁵	N/C ⁵	N/C ⁵
Etapa 3: Etapa sin cobertura	Durante la etapa sin cobertura, para los medicamentos de cualquier nivel, una vez que el costo total de sus medicamentos alcance \$4,130, a usted le corresponde pagar, como máximo, 25% de coseguro, si se trata de medicamentos genéricos, o 25% de coseguro si se trata de medicamentos de marca.			

Etapa 4: Cobertura de gastos médicos mayores	Una vez que los gastos anuales de su bolsillo para la compra de medicamentos (incluso los medicamentos comprados en una farmacia minorista y en una farmacia de pedidos por correo) alcancen \$6,550, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes: <ul style="list-style-type: none">□ 5% de coseguro, o□ \$3.70 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y \$9.20 de copago por todos los demás medicamentos.
---	--

³ Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

⁴ Para el año 2021, este plan participa en el Modelo de Ahorros para Adultos de Edad Avanzada de la Parte D, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de insulina cubierta durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "intervalo en la cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina cubierta en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Su costo podría ser menor si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare.

⁵ Limitado a un suministro de 30 días

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare ²	\$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario \$0 de copago por los servicios prestados por un especialista	30% de coseguro por los servicios prestados por un médico de cuidado primario 30% de coseguro por los servicios prestados por un especialista
	Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación ²	\$0 de copago 30% de coseguro
Manejo de la Diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	30% de coseguro
	Zapatos e insertos terapéuticos ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *	30% de coseguro; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidados paliativos		Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte del costo de los medicamentos y por el relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
Visita de terapia ocupacional²		\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos²		\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Catálogo de Productos de Venta Sin Receta (OTC)		\$290 de crédito por trimestre para usar en productos de venta sin receta aprobados. Realice su pedido por Internet, por teléfono o por correo a través del Catálogo de Productos Básicos+ de FirstLine.	
Diálisis renal²		\$0 de copago	\$0 de copago

Los servicios con un 2 posiblemente requieren que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

* Estos beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los Beneficios

- ✓ Revise la lista completa de los beneficios que aparece en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente los servicios para los que normalmente consulta a un médico. Llámenos o visítenos en Internet para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red. Si no aparecen en la lista, probablemente usted tendrá que elegir otro médico.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente usted tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.

Explicación de las Reglas Importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ Es posible que los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar darle atención. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar el cuidado. Además, es posible que usted pague un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.
- ✓ Este plan es un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales (Institutional Special Needs Plan, I-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que, debido a su condición, la duración de su estadía o la necesidad de un nivel de cuidado institucional serían de al menos 90 días.

Información necesaria

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan está disponible para toda persona que viva en un asilo de convalecencia contratado.

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

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". Puede consultarlo en Internet en es.medicare.gov o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare Insurance Company cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

El Formulario y la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha utilizado la entrega a domicilio de OptumRx, para surtir sus medicamentos, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle aproximadamente en diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711.