

Resumen de Beneficios 2021

Plan Medicare Advantage

Erickson Advantage® Liberty without Drugs (HMO-POS)
H5652-002-000

Consulte esta guía y aproveche los 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® Liberty without Drugs (HMO-POS) 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.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

Colorado: Douglas;

Florida: Collier;

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 de la red.

Erickson Advantage® Liberty without Drugs (HMO-POS) tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Hay ciertos servicios para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red.

Puede visitar www.EricksonAdvantage.com para buscar un proveedor de la red mediante el Directorio en Internet.

Erickson Advantage[®] Liberty without Drugs (HMO-POS)

Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Su plan no tiene prima mensual.	
Deducible médico anual	Su deducible es de \$800 por año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.	No tiene deducible
Máximo de gastos de su bolsillo	\$6,700 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.	

Erickson Advantage[®] Liberty without Drugs (HMO-POS)

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados²		\$300 de copago por día, por los días 1 a 7 \$0 de copago por día, por los días 8 y en adelante	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 por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$300 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$300 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios ²	\$300 de copago	30% de coseguro
Visitas al médico	Proveedor de Cuidado Primario	Tipo 1: \$20 de copago Tipo 2: \$30 de copago	30% de coseguro
	Especialistas ²	\$50 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.	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (dependiendo del servicio)
		<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Visita de “Bienestar” anual</p> <p>Medición de masa ósea</p> <p>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</p> <p>Exámenes cardiovasculares</p> <p>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <p>Evaluación de depresión</p> <p>Pruebas de detección y control de la diabetes</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</p> <p>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B y vacuna antineumocócica</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p>	
		Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
		Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.	
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
Cuidado de emergencia		\$90 de copago (\$0 de copago por cobertura mundial) por cada visita 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.	
Servicios requeridos de urgencia		\$30 de copago (\$0 de copago si se trata de cobertura mundial)	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) ²	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$100 de copago, de otra manera	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	\$60 de copago por cada servicio	30% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios ²	\$15 de copago por cada servicio	\$20 de copago por cada servicio

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
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 de Routine Dental	Cláusula adicional Optional Dental	Puede obtener beneficios dentales adicionales mediante una prima aparte. Para obtener más información, consulte la sección de beneficios opcionales que se encuentra más adelante.	
	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
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	\$300 de copago por día, por los días 1 a 5 \$0 de copago por día, por los días 6 a 90	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 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 20 \$184 de copago por día, por los días 21 a 57 \$0 de copago por día, por los días 58 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		\$40 de copago	30% de coseguro
Ambulancia² Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia.		\$250 de copago por transporte terrestre \$250 de copago por transporte aéreo	\$250 de copago por transporte terrestre \$250 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	20% de coseguro	30% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B ²	20% de coseguro	30% de coseguro

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare ²	Tipo 1: \$20 de copago Tipo 2: \$30 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario \$50 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	\$20 de copago	50% de coseguro
Manejo de la Diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	30% de coseguro
	Zapatos e insertos terapéuticos ²	20% de coseguro	30% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	20% de coseguro	30% de coseguro
Programa de Prevención de Caídas		Aprenda cómo reducir caídas, prevenir lesiones y mejorar su fuerza y equilibrio	Sin cobertura

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™		El programa Renew Active le ofrece una membresía estándar a un gimnasio con acceso a una extensa red nacional de centros de acondicionamiento físico en todo el país, además de un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico por Internet y un programa para la agudeza mental por Internet, todo sin costo para usted.	
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ²	\$50 de copago	30% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$50 de copago; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *	30% de coseguro; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *
Programa de cuidado de la salud a domicilio²		\$0 de copago	30% de coseguro
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		\$40 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	\$30 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$30 de copago	30% de coseguro
Diálisis renal²		20% de coseguro	20% de coseguro

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

Beneficios complementarios opcionales

Primas y beneficios

		Dentro de la red
Cláusula Adicional Platinum Dental	Prima	\$40.00 adicionales por mes
	Descripción	La Cláusula Adicional Platinum Dental incluye beneficios de servicios dentales, tanto preventivos como integrales.

Deducible del Plan

Su plan tiene un deducible para ciertos servicios. 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.

Se aplica el deducible a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario.

Deducible Médico Anual

Su deducible es de \$800 por año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

Funciona de la siguiente manera:

1. Usted paga el deducible total de su plan; luego,
2. Usted paga su copago o coseguro; finalmente,
3. Su plan paga el resto.

Se aplica el deducible dentro de la red a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario:

Dentro de la Red

Lista de servicios que corresponden

Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados

- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios

- Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico
- Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico
- Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios

Centro de Enfermería Especializada (SNF)

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.

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.

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 estos planes 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.

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.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

La participación en el programa Renew Active™ es voluntaria. 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, consulte a su médico. Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según el lugar.

Algunos servicios, clases y eventos son proporcionados por afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados con UnitedHealthcare. La participación en AARP® Staying Sharp y en Fitbit® Community para Renew Active está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes.

UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. La disponibilidad del programa Renew Active varía según el plan o el área.