Detalles del plan Select Plus, todo en un solo lugar

Use este Resumen de Beneficios para obtener más información sobre los beneficios de este plan, las maneras en que podría obtener ayuda para manejar los costos y cómo podría aprovechar más este plan de salud.

Revise lo que está incluido en el plan	Select Plus
Cobertura dentro de la red solamente Por lo general, usted puede ahorrar dinero cuando recibe cuidado a través de servicios cubiertos para el cuidado de la salud ofrecidos por proveedores de la red.	☐
Beneficios dentro y fuera de la red Usted podría recibir cuidado y servicios de proveedores y centros dentro y fuera de la red – pero podrá reducir sus costos si recibe servicios dentro de la red.	☑
Se requiere un médico de cuidado primario (PCP) Con este plan, usted tiene que elegir un médico de cuidado primario – el médico que cumple una función importante en ayudar a administrar el cuidado de su salud. Cada persona inscrita en su plan tendrá que elegir un médico de cuidado primario.	☐
Se requieren referencias Necesitará referencias de su médico de cuidado primario para poder consultar a un especialista o recibir ciertos servicios para el cuidado de la salud.	☐
El cuidado preventivo está cubierto al 100% No hay ningún costo adicional por consultar a un proveedor de la red para recibir cuidado preventivo.	☑
Beneficios de farmacia Con este plan, usted tiene una cobertura que le ayuda a pagar los medicamentos con y sin receta.	☑
Proveedores del Nivel 1 El uso de proveedores del Nivel 1 podría hacer rendir al máximo sus beneficios de cuidado de la salud. Estos médicos de cuidado primario y especialistas médicos cumplen con los parámetros de los estándares nacionales de cuidado de calidad y ahorros de costos.	☐
Centros independientes Podría pagar menos cuando use ciertos centros independientes – centros de cuidado de la salud que no facturan los servicios como parte de un hospital, por ejemplo, centros de imágenes por resonancia magnética (MRI) o centros de cirugía.	☑
Cuenta de ahorros para la salud (HSA) Con una cuenta de ahorros para la salud, usted tiene una cuenta bancaria personal que le permite ahorrar dinero libre de impuestos. Úsela para ahorrar y pagar gastos médicos que califiquen.	☐

Este Resumen de Beneficios se usa solamente para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura exacta. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC), la Lista de Beneficios, las Cláusulas Adicionales o las Enmiendas, regirán estos últimos documentos. Revise su Certificado de Cobertura para ver la descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos o no, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de la cobertura.

Análisis detallado de cómo funciona Select Plus

Beneficios Médicos

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Médico Anual		
Individual	$1,500	$4,500
Familiar	$4,500	$13,500

**Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.*

Todos los deducibles individuales se tomarán en cuenta para alcanzar el deducible familiar, pero una persona no deberá pagar más que el deducible individual.

Usted es responsable de pagar el 100% de sus gastos médicos hasta que alcance su deducible. Por ciertos servicios cubiertos, es posible que se le requiera pagar una cantidad fija - su copago.

Límite Anual de Gastos de su Bolsillo		
Individual	$5,000	$15,000
Familiar	$10,000	$30,000

Todos los máximos de gastos de su bolsillo individuales se tomarán en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo familiar, pero una persona no tendrá que pagar más que el máximo de gastos de su bolsillo individual.

Una vez que haya alcanzado su deducible, comenzará a compartir los costos con su plan - su coseguro. Usted seguirá pagando una parte de los gastos hasta que alcance el límite de gastos de su bolsillo. A partir de entonces, su plan pagará el 100% de las cantidades permitidas durante el resto del año del plan.

	Lo que Usted Paga por los Servicios	
Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	**Dentro de la Red**	**Fuera de la Red**
Servicios para el Cuidado Preventivo		
Servicios para el Cuidado Preventivo *Ciertos servicios para el cuidado preventivo se prestan según lo especificado por la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), sin costo compartido para usted. Estos servicios se basan en su edad, género y otros factores de salud. UnitedHealthcare también cubre otros servicios de rutina, que podrían requerir un copago, coseguro o deducible.* *Incluyen servicios como exámenes médicos de bienestar de rutina, vacunas, sacaleches, mamografías y exámenes de detección de cáncer colorrectal.*	Sin copago	Sin cobertura
Servicios en el Consultorio - Enfermedades o Lesiones		
Médico de Cuidado Primario *La Telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.*	$25 de copago	40%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Especialista *La Telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.*	$50 de copago	40%*
Servicios de Centro de Cuidado de Urgencia	$75 de copago	40%*
Servicios de Cuidado Virtual *Los beneficios están disponibles solamente cuando los servicios son prestados a través de un proveedor de visitas virtuales dentro de la red designada solamente para servicios de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para buscar un proveedor de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana, comuníquese con nosotros en myuhc.com® o al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID. Es posible que el acceso a los servicios de visitas virtuales las 24 horas del día, los 7 días de la semana y de medicamentos con receta no esté disponible en todos los estados o para todos los grupos.*	Sin copago	Sin cobertura
Exámenes de la Vista *Se limitan a 1 examen cada 24 meses.* *Busque una Lista de Proveedores de la Red de UnitedHealthcare Vision en myuhcvision.com.*	$25 de copago	Sin cobertura
Cuidado de Emergencia		
Servicios de Ambulancia - Ambulancia en Situaciones de Emergencia		
Ambulancia Aérea	20%*	20%*
Ambulancia Terrestre	20%*	20%*
Servicios de Ambulancia - Ambulancia en Situaciones que No Son de Emergencia[1]		
Ambulancia Aérea	20%*	20%*
Ambulancia Terrestre	20%*	20%*
Servicios Dentales - Solo para Accidentes	20%*	20%*
Servicios y Cuidado de Emergencias - Pacientes Ambulatorios *Se requiere notificación si es admitido en un hospital fuera de la red.*	$250 de copago, luego 20%	$250 de copago, luego 20%
Cuidado para Pacientes Hospitalizados		
Cirugías por Enfermedad Congénita del Corazón (CHD)[1]	20%*	40%*
Servicios de Habilitación - Pacientes Hospitalizados[1] *El límite será el mismo que, y estará combinado con, los que se indican en la sección Servicios en Centros de Enfermería Especializada/Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados.*	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado[1]	20%*	40%*
Servicios en Centros de Enfermería Especializada/ Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados[1] *Se limitan a 100 días por cada año en un Centro de Enfermería Especializada.*	20%*	40%*
Cuidado para Pacientes Ambulatorios		
Servicios de Habilitación - Pacientes Ambulatorios *Los límites serán los mismos que, y estarán combinados con, los que se indican en la sección Servicios de Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios.* *Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para la fisioterapia, la terapia ocupacional ni el tratamiento manipulativo.* *Los límites de visitas no se aplican a la terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla para el tratamiento médicamente necesario de una condición de salud, incluidos los Trastornos del Espectro Autista.*	$25 de copago	40%*
Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio[1] *Se limita a 100 visitas por cada año.* *Fuera de la red: Se limita a $150 por cada visita para las cantidades permitidas.* *Una visita equivale a hasta cuatro horas de servicios de cuidado especializado. Este límite de visitas no incluye ningún servicio que se facture únicamente por la administración de infusión intravenosa.*	20%*	40%*
Servicios de Laboratorio, Radiografías y de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios - Análisis de Laboratorio		
Por servicios prestados en un laboratorio independiente, un centro de diagnóstico independiente o en el consultorio de un médico	Sin copago	Sin cobertura
Por servicios prestados en un laboratorio hospitalario o un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios	Sin copago	Sin cobertura
Servicios de Laboratorio, Radiografías y de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios - Radiografías y otras Pruebas de Diagnóstico[1]		
Por servicios prestados en un laboratorio independiente, un centro de diagnóstico independiente o en el consultorio de un médico	Sin copago	40%*
Por servicios prestados en un laboratorio hospitalario o un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios *Para los beneficios de la red, no hay copago por una mamografía de diagnóstico o ecografía de seno para el primer servicio en un año.*	Sin copago	40%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios de Estudios por Imágenes y de Diagnóstico Mayores - Pacientes Ambulatorios[1]		
Por servicios prestados en un centro de diagnóstico independiente o en el consultorio de un médico	20%*	40%*
Por servicios prestados en un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios *Para los beneficios de la red, no hay copago por imágenes por resonancia magnética de seno para el primer servicio en un año.* *Es posible que tenga que pagar un copago, deducible o coseguro adicional por honorarios del médico o productos farmacéuticos.*	20%*	40%*
Honorarios del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos	20%*	40%*
Servicios de Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios *Se limitan a 24 visitas de tratamientos manipulativos por cada año.* *Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para la fisioterapia, la terapia ocupacional ni el tratamiento manipulativo.* *Los límites de visitas no se aplican a la terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla para el tratamiento médicamente necesario de una condición de salud, incluidos los Trastornos del Espectro Autista.*	$25 de copago	40%*
Procedimientos Endoscópicos - Terapéuticos y de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios		
Por servicios prestados en un centro independiente o en el consultorio de un médico	20%*	40%*
Por servicios prestados en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios *Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico o terapéuticos incluyen, entre otros, colonoscopia, sigmoidoscopia y endoscopia.* *Para los beneficios de la red, no hay copago por una colonoscopia de diagnóstico para el primer servicio en un año.*	20%*	40%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Cirugía - Pacientes Ambulatorios[1]		
Por servicios prestados en un centro de cirugía ambulatoria o en el consultorio de un médico	20%*	40%*
Por servicios prestados en un centro de cirugía hospitalario para pacientes ambulatorios *Fuera de la red: La cantidad permitida por tarifas del centro médico se limita a $760 por cada fecha del servicio.* *Los servicios o procedimientos de vasectomía dentro de la red no tienen costo.*	20%*	40%*
Tratamientos Terapéuticos - Pacientes Ambulatorios[1] *Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para servicios de diálisis.* *Los tratamientos terapéuticos incluyen, entre otros, diálisis, quimioterapia intravenosa, infusión intravenosa, servicios de información médica educativa y oncología de radiación.*	20%*	40%*
Suministros y Servicios		
Artículos para el Automanejo de la Diabetes[1]	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud, que se indica en las secciones Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros o Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.	
Capacitación y Automanejo de la Diabetes/Exámenes de la Vista para Personas Diabéticas/Cuidado de los Pies para Personas Diabéticas[1] *Para la capacitación y el automanejo, el costo compartido no excederá los costos de las visitas al consultorio de un médico.*	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros	20%*	Sin cobertura
Nutrición Enteral	20%*	40%*
Aparatos Auditivos *Se limitan a $2,500 por cada año.* *Se limitan a una sola compra por cada oído con limitaciones auditivas cada 3 años.* *La reparación o el reemplazo de un aparato auditivo se aplica a este límite de la misma manera que una compra.*	20%*	40%*
Suministros para Ostomía	20%*	Sin cobertura

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios *Esto incluye los medicamentos administrados como paciente ambulatorio en un hospital, centro alternativo, consultorio médico o en el domicilio de una persona cubierta.*	20%*	40%*
Prótesis[1] *Se limitan a una sola compra por cada tipo de prótesis cada 3 años.* *La reparación o el reemplazo de una prótesis se aplica a este límite de la misma manera que una compra.*	20%*	40%*
Catéteres Urinarios	20%*	Sin cobertura
Embarazo		
Embarazo - Servicios de Maternidad[1] *Todos los artículos y servicios de maternidad que sean cuidado preventivo recomendado y cuya cobertura sea obligatoria conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio se proporcionarán sin costo compartido. Consulte la sección Servicios para el Cuidado Preventivo.* *Pagamos los beneficios cubiertos en los que incurra si usted participa en el Programa de Detección Prenatal de California, que es un programa estatal de pruebas prenatales administrado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud. No hay ningún costo compartido por este beneficio.*	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud, excepto que no se aplicará un deducible anual a un niño recién nacido cuya duración de la estadía en el hospital sea la misma que la duración de la estadía de la madre.	
Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos		
Pacientes Hospitalizados[1]	20%*	40%*
Terapia Conductual Intensiva (por ejemplo, Análisis Conductual Aplicado [ABA])[1]	10%	40%*
Otros Servicios para Pacientes Ambulatorios como el Tratamiento Electroconvulsivo, Pruebas Psicológicas, Estimulación Magnética Transcraneal y Tratamiento Asistido con Medicamentos[1]	10%	40%*
Otros Servicios para Pacientes Ambulatorios, que incluyen Hospitalización Parcial/Tratamiento Diurno/de Alta Intensidad para Pacientes Ambulatorios/Programas Intensivos para Pacientes Ambulatorios[1]	20%*	40%*
Visitas al Consultorio para Pacientes Ambulatorios *Los Servicios de Salud Mental o Trastornos por Consumo de Sustancias para pacientes ambulatorios prestados en la escuela no tienen costo.*	$50 de copago	40%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Otros Servicios		
Aborto y Servicios Relacionados con el Aborto	Sin copago	Sin copago
Servicios de Acupuntura *Se limitan a 20 tratamientos por cada año.*	$25 de copago	Sin cobertura
Pruebas de Biomarcadores	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Celuloterapia y Genoterapia *Para los beneficios de la red, los servicios de celuloterapia o genoterapia se deben recibir de un proveedor designado.*	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	Sin cobertura
Ensayos Clínicos[1]	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios de Anestesia Dental[1] *Se limitan a personas cubiertas que sean: un niño menor de siete años; una persona con discapacidad del desarrollo, independientemente de la edad; una persona cuya salud se vea comprometida y para la que se requiera anestesia general, independientemente de la edad.*	20%*	40%*
Servicios Médicos de Emergencia Prestados por un Programa Comunitario de Paramedicina, un Programa de Evaluación y Clasificación de Necesidades Médicas hacia un Destino Alternativo y un Programa Móvil de Salud Integrada	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Cuidado Médico en la Sala de Emergencias y Tratamiento de Cuidado de la Salud de Seguimiento en Caso de Violación y Agresión Sexual		
Todas las visitas durante los primeros nueve meses tras el inicio del tratamiento	Sin copago	40%*
Visitas subsiguientes después de nueve meses del inicio del tratamiento	20%*	40%*
Disforia de Género *Los límites para terapia de modificación de la voz o lecciones de voz serán los mismos que, y se combinan con, los límites de terapia del habla para pacientes ambulatorios como se describen en Servicios de Habilitación y Servicios de Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios.*	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud o en la sección Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.	
Equipos de Prueba Caseros para Enfermedades de Transmisión Sexual	Sin copago	40%*
Cuidados para Enfermos Terminales[1]	20%*	40%*
Leche Humana	20%*	40%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios para el Tratamiento de la Infertilidad[1]		
Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado	20%*	40%*
Análisis de Laboratorio - Pacientes Ambulatorios: Por servicios prestados en un laboratorio independiente, un centro de diagnóstico independiente o en el consultorio de un médico	Sin copago	Sin cobertura
Análisis de Laboratorio - Pacientes Ambulatorios: Por servicios prestados en un laboratorio hospitalario o un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios	20%	Sin cobertura
Honorarios del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos	20%*	40%*
Servicios en el Consultorio de un Médico - Médico de Cuidado Primario	$25 de copago	40%*
Servicios en el Consultorio de un Médico - Especialista	$50 de copago	40%*
Cirugía - Pacientes Ambulatorios: Por servicios prestados en un centro de cirugía ambulatoria o en el consultorio de un médico	20%*	40%*
Cirugía - Pacientes Ambulatorios: Por servicios prestados en un centro de cirugía hospitalario para pacientes ambulatorios	20%*	40%*
Radiografías y otras Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios: Por servicios prestados en un laboratorio independiente, un centro de diagnóstico independiente o en el consultorio de un médico	20%	40%*
Radiografías y otras Pruebas de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios: Por servicios prestados en un laboratorio hospitalario o un centro de diagnóstico hospitalario para pacientes ambulatorios	20%	40%*
Se limitan a un máximo de 3 extracciones de ovocitos de por vida. *Este límite incluye un número ilimitado de transferencias de embriones.* *Médico de Cuidado Primario mediante telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.* *Especialista mediante telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.*		
Servicios de Mastectomía[1]	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Obesidad - Cirugía para Bajar de Peso[1] *La cirugía para la obesidad (para bajar de peso) se debe recibir de un proveedor designado.*	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	Sin cobertura
Uso de un Medicamento Fuera de la Indicación Aprobada y Servicios Experimentales o de Investigación	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios para la Osteoporosis	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Copagos ($) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Lo que Usted Paga por los Servicios Dentro de la Red	Fuera de la Red
Trastornos Neuropsiquiátricos Autoinmunes Pediátricos Asociados con Infecciones Estreptocócicas (PANDAS) y Síndrome Neuropsiquiátrico de Inicio Agudo Pediátrico (PANS)	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Pruebas Genéticas Preimplantacionales (PGT) y Servicios Relacionados[1] *Los límites de beneficios por servicios relacionados serán los mismos que los que se indican en Preservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica. Este límite no incluye las Pruebas Genéticas Preimplantacionales (PGT) para el trastorno genético específico.*	20%*	40%*
Procedimientos Reconstructivos[1]	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios Estándar de Preservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica[1] *Se limitan a 2 intentos de creación de embriones de por vida.* *Se limitan a 2 intentos de recolección de esperma para miembros con testículos de por vida.* *Se limitan a 2 intentos de extracción de tejido gonadal de por vida.* *Se limitan a 2 ciclos de extracción de ovocitos para miembros con ovarios de por vida.*	20%*	40%*
Servicios de Telesalud	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios para la Articulación Temporomandibular (TMJ)[1]	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios para Trasplantes *Para los beneficios de la red, los servicios para trasplantes se deben recibir de un proveedor designado.*	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	Sin cobertura

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
[1]Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC)/Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN).

Beneficios de Farmacia

Detalles del Plan de Farmacia		
Red de Farmacias	National	
Lista de Medicamentos con Receta	Advantage	
	Dentro de la Red	**Fuera de la Red**
Deducible Anual de Farmacia		
Individual	Usted no tiene que pagar un deducible de farmacia	
Familiar	Usted no tiene que pagar un deducible de farmacia	

	Un suministro de hasta 31 días		**Un suministro de hasta 90 días**
Nivel de Medicamentos con Receta	**Farmacia Minorista Dentro de la Red**	**Farmacia Minorista Fuera de la Red**	**Farmacia de Pedidos por Correo Dentro de la Red****
Nivel 1 $	$10	$10	$20
Nivel 2 $$	$35	$35	$70
Nivel 3 $$$	$75	$75	$150

* Después de alcanzar el Deducible Anual de Farmacia.
** Solo ciertos medicamentos con receta están disponibles a través de la farmacia de pedidos por correo; visite myuhc.com® o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID para obtener más información. Le cobrarán un copago o coseguro como farmacia minorista por 31 días o el doble por 60 días, según la cantidad de días de suministro que se despache por cualquier receta o resurtido enviado a la farmacia de pedidos por correo. Para aprovechar al máximo su beneficio, pídale a su médico que le extienda la receta o el resurtido para un suministro de 90 días, con resurtidos cuando corresponda, en vez de un suministro de 30 días con tres resurtidos.
Su copago o coseguro se determinan según el nivel al cual el Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta (Prescription Drug List, PDL) haya asignado al medicamento con receta. Todos los medicamentos con receta incluidos en la Lista de Medicamentos con Receta se asignan al Nivel 1, Nivel 2 o Nivel 3.
Si usted es un miembro, para buscar información personalizada sobre su cobertura de beneficios, determinar el estado de nivel, verificar el estado de los reclamos y buscar farmacias de la red, inicie sesión en su cuenta de myuhc.com® o llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que aparece en su tarjeta de ID. Si no es miembro, puede consultar la información sobre medicamentos con receta en welcometouhc.com > "Benefits" (Beneficios) > "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia).
Si usa una farmacia fuera de la red, es posible que deba pagar la diferencia entre la tarifa de reembolso fuera de la red y el cargo usual y habitual de la farmacia.

Este es un ejemplo de cómo serán los costos del plan

1 Al principio del año de su plan...

Usted será responsable de pagar el 100% de sus servicios de salud cubiertos hasta que alcance su **deducible**, que es lo que usted paga antes de que su plan de salud pague una parte.

USTED PAGA EL 100%

2 Una vez que alcance su deducible...

Su plan de salud comienza a compartir con usted un porcentaje de los costos (las cantidades permitidas, sin incluir los copagos) por servicios cubiertos para el cuidado de la salud – este es su **coseguro.***

USTED PAGA EL 20%*

SU PLAN PAGA EL 80%

3 Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo...

Su plan cubre sus costos (la cantidad permitida) al 100%. El **límite de gastos de su bolsillo** es el máximo que usted pagará por servicios de salud cubiertos en un año del plan – los copagos y coseguros se toman en cuenta para alcanzar ese límite.

SU PLAN PAGA EL 100%

Además, también podría tener que pagar una cantidad fija (por ejemplo, $15) –o **copago**– por servicios cubiertos para el cuidado de la salud, tales como por consultar a un proveedor o comprar un medicamento con receta. Usted paga el 100% del copago, generalmente cuando recibe el servicio.

*Su coseguro podría variar según el servicio. Este ejemplo es solo con fines ilustrativos.

Herramientas digitales para mantenerse conectado

Una vez que sea miembro, podrá acceder a sus herramientas digitales personalizadas – la **aplicación UnitedHealthcare®** y **myuhc.com®** – estas herramientas le brindan un rápido acceso a los recursos diseñados para ayudarle con lo siguiente:

- Consultar información de beneficios, información detallada de reclamos y saldos de cuentas
- Buscar proveedores y centros de la red para el tipo de cuidado que podría necesitar
- Acceder a su tarjeta de ID del plan de salud y agregar la información detallada del plan a la billetera digital de su teléfono inteligente
- Obtener información sobre el cuidado preventivo cubierto
- Comparar rápidamente los costos aproximados antes de recibir cuidado, lo que podría ayudarle a ahorrar dinero

Conéctese

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare o visite myuhc.com

Otra información importante sobre sus beneficios

Exclusiones Médicas

Servicios que su plan generalmente NO cubre. Se recomienda que revise su Certificado de Cobertura, las Enmiendas y las Cláusulas Adicionales para obtener la descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de la cobertura.

- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos/niños)
- Anteojos
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas para bajar de peso

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Cuando compra medicamentos con receta en una farmacia minorista dentro de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: 1) El copago o coseguro correspondiente; 2) El cargo usual y habitual de la farmacia minorista dentro de la red por ese medicamento con receta; y 3) El cargo del medicamento con receta. Cuando compra un medicamento con receta en una farmacia de pedidos por correo dentro de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: 1) El copago o coseguro correspondiente; y 2) El cargo del medicamento con receta. Cuando usa una farmacia minorista fuera de la red, su reembolso se basa en la tarifa de reembolso fuera de la red, y usted es responsable de la diferencia entre la tarifa de reembolso fuera de la red y el cargo usual y habitual de la farmacia fuera de la red.

Para conocer las cantidades, consulte los copagos o coseguros que se indican en la tabla Información sobre Beneficios. No le reembolsaremos ningún medicamento que no esté cubierto.

Por un solo copago o coseguro, usted podría recibir un medicamento con receta hasta el límite de suministro indicado. Algunos productos están sujetos a límites de suministro adicionales según los criterios que hemos desarrollado. Los límites de suministro están sujetos a nuestra revisión y modificación periódicamente.

Los límites de suministro de medicamentos con receta especializados son los indicados por el proveedor, con un suministro de hasta 31 días consecutivos, a menos que se ajusten en función del tamaño del envase del fabricante o en función de los límites de suministro, o según lo permitido por el Programa Smart Fill. Los límites de suministro se aplican a los medicamentos con receta especializados obtenidos en una farmacia especializada preferida de la red, una farmacia especializada no preferida de la red, una farmacia fuera de la red, una farmacia de pedidos por correo de la red o una farmacia designada.

Ciertos medicamentos con receta, para los cuales se describen los beneficios en la Cláusula Adicional de Medicamentos con Receta, están sujetos a requisitos de terapia escalonada. Para recibir beneficios por dichos medicamentos con receta, usted primero debe usar medicamentos con receta o productos farmacéuticos diferentes para los cuales se proporcionan beneficios conforme al Certificado. Para saber si un medicamento con receta está sujeto a requisitos de terapia escalonada, comuníquese con nosotros en myuhc.com o al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID.

Antes de que le despachen ciertos medicamentos con receta, su médico, su farmacéutico o usted tienen la obligación de obtener nuestra preautorización o la de nuestra persona designada para determinar si el medicamento con receta está de acuerdo con nuestras pautas aprobadas y cumple la definición de servicio cubierto para el cuidado de la salud y no es un servicio experimental, de investigación o no comprobado. También podríamos exigirle que obtenga nuestra preautorización o la de nuestra persona designada para que podamos determinar si el medicamento con receta, de acuerdo con nuestras pautas aprobadas, fue recetado por un especialista.

Si usted necesita ciertos medicamentos con receta, es posible que le indiquemos ir a una farmacia designada con la cual tenemos un acuerdo para proporcionar dichos medicamentos. Si se le indica ir a una farmacia designada y decide no obtener su medicamento con receta de esta, usted estará sujeto al beneficio fuera de la red para ese medicamento.

Ciertos medicamentos para el cuidado preventivo podrían estar cubiertos a un costo compartido de cero. Para obtener más información, comuníquese con nosotros en myuhc.com o al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID.

Se proporcionan beneficios para ciertos medicamentos con receta despachados por una farmacia de pedidos por correo dentro de la red o una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días. La Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios le indicará cómo se aplican los límites de suministro en una farmacia de pedidos por correo dentro de la red y en una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días. Comuníquese con nosotros en myuhc.com o al número de teléfono que aparece en su tarjeta de ID para saber si se proporcionan beneficios para su medicamento con receta y para obtener información sobre cómo obtener su medicamento con receta a través de una farmacia de pedidos por correo dentro de la red o una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días.

Otra información importante sobre sus beneficios

Exclusiones de Farmacia

Se aplican las siguientes exclusiones. Además, consulte su Cláusula Adicional de Farmacia y Lista de Beneficios para conocer las exclusiones y limitaciones adicionales que se pueden aplicar.

- Un producto farmacéutico para el cual se proporcionan beneficios en su Evidencia de Cobertura.
- Un medicamento con receta que tenga un producto aprobado biosimilar o un equivalente terapéutico biosimilar a otro medicamento con receta cubierto o producto farmacéutico, según se describe en su Evidencia de Cobertura.
- Cualquier producto despachado a los efectos de inhibir el apetito o bajar de peso. Esta exclusión no se aplica a medicamentos con receta para pacientes ambulatorios recetados y con autorización previa para el tratamiento médicamente necesario de la obesidad mórbida.
- Ciertos nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación hasta la fecha en la que sean revisados y asignados a un nivel por nuestro Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta.
- Ciertos medicamentos con receta para los cuales hay alternativas terapéuticamente equivalentes a otro medicamento con receta o producto farmacéutico según lo descrito en su Evidencia de Cobertura disponibles, a menos que la ley exija lo contrario o lo aprobemos. Es posible que dichas determinaciones se tomen hasta seis veces durante un año calendario. Es posible que decidamos en cualquier momento restablecer los Beneficios por un Medicamento con Receta que anteriormente estuviera excluido de acuerdo con esta disposición.
- Ciertos medicamentos compuestos.
- Medicamentos o productos disponibles sin receta. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos, dispositivos u otros productos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), incluidos todos los medicamentos, dispositivos y productos anticonceptivos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos que se encuentran disponibles sin receta y los productos según lo dispuesto en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud y según lo exigido por la ley de California cuando los receta un proveedor de la red para los cuales hay beneficios disponibles, sin costo compartido, como se describe en Servicios para el Cuidado Preventivo en la Sección 1: Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud. Esto tampoco se aplica a los dispositivos o medicamentos sin receta que se usan para dejar de fumar, ni a los medicamentos que tienen una recomendación de A o B del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) cuando los receta un proveedor de la red para los cuales se proporcionan beneficios, sin costo compartido, según lo descrito en Servicios para el Cuidado Preventivo en la Sección 1: Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud.
- Medicamentos y servicios experimentales, de investigación o no comprobados. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos con receta descritos en Uso de un Medicamento Fuera de la Indicación Aprobada y Servicios Experimentales o de Investigación de la Sección 1 de la Evidencia de Cobertura.
- Medicamentos con receta usados con fines estéticos o por conveniencia.
- Medicamentos con receta, que incluyen nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación, que determinemos que no cumplen la definición de un servicio cubierto para el cuidado de la salud, a menos que sean médicamente necesarios.
- Aplicaciones de software de dominio público en general o monitores que podrían estar disponibles con o sin una receta o un resurtido.

UnitedHealthcare no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que no ha sido tratado justamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, presente una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

Correo Electrónico: UHC_Civil_Rights@uhc.com
Correo Postal: Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja dentro de los 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de ID, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Internet: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
Los formularios de queja están disponibles en:
https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html.
Teléfono: Llamada gratuita **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)
Correo Postal: U.S. Dept. of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. Usted también puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說**中文 (Chinese)**，我們免費為您提供語言協助 服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý v

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث **العربية (Arabic)**، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرّف العضوية الخاص بك.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項：日本語 **(Japanese)** を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبا **(Farsi)** اس ،ت ا امداد زبانی به طورتدر خدم نیاگار شما اختیار ن**فارسی** .س‌شناسایی شما قید شده تما تکه روی کار ییناگار نفلا با شماره تفشما می باشد. لط بگیرید

ध्यान दें: यिद आप **हिंदी (Hindi)** बोलते है, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, नि:शुल्क उपलब्ध हैं। कृमया अपने पहचान पत्र पर सूचीब टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε **Ελληνικά (Greek)**, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. Παρακαλείστε να καλέσετε το δωρεάν αριθμό που θα βρείτε στην κάρτα ταυτότητας μέλους.

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: **Diné (Navajo)** bizaad bee yáníłti'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i'. T'áá shǫǫdí ninaaltsoos nitł'izí bee nééhozinígíí bine'dęę' t'áá jíík'ehgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી **(Gujarati)** બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે. કૃપા કરી તમારા આઇડેન્ટીફિકેશન કાડર પર આપેલા ટોલ- ૨રી નંબર૫ર કોલ કરો.

EICA26MP0443814_000
08/2026

Asegurado por UnitedHealthcare Benefits Plan of CA.

Los servicios administrativos son prestados por United HealthCare Services, Inc. y sus compañías afiliadas.

B2C 9183517.0 11/19 ©2025 United HealthCare Services, Inc. DBID : 735241 19-12550SP

United Healthcare®