

RESUMEN DE BENEFICIOS 2018



Generalidades del plan

Senior Dimensions® Greater Nevada (HMO)

H2931-004

Consulte esta guía para obtener más información acerca de las coberturas de medicamentos y servicios de cuidado de la salud que obtiene con este plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información acerca de este plan.



Número gratuito 1-800-555-5757, TTY 711
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



www.SeniorDimensions.com



SENIOR DIMENSIONS®
from **UnitedHealthcare®**

El área de servicio incluye estos condados en **Nevada**: Lyon, Mineral, Washoe* .

*condado parcial

El área de servicio incluye los siguientes códigos postales del condado de Washoe:

89431, 89432, 89433, 89434, 89435, 89436, 89441, 89442, 89501, 89502, 89503, 89504, 89505, 89506, 89507, 89508, 89509, 89510, 89511, 89512, 89513, 89515, 89519, 89520, 89521, 89523, 89533, 89555, 89557, 89570, 89595, 89599.

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018

La información acerca de 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 incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en www.SeniorDimensions.com, o bien puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá una Evidencia de Cobertura.

Información de su plan.

Senior Dimensions® Greater Nevada (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare.

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

Utilice proveedores y farmacias de la red.

Senior Dimensions® Greater Nevada (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los servicios o medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia que sea parte de la red.

Puede visitar el sitio web www.SeniorDimensions.com para buscar un proveedor o una farmacia que sea parte de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar el Formulario (Lista de Medicamentos) para saber qué medicamentos están cubiertos y si existe algún tipo de restricción.

Senior Dimensions® Greater Nevada (HMO)

Primas y beneficios	Dentro de la red
Prima mensual del plan	\$30
Deducible médico anual	Este plan no tiene un deducible.
Cantidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	<p>\$4,900 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red .</p> <p>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.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p>

Senior Dimensions® Greater Nevada (HMO)

Beneficios		Dentro de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados ^{1,2}		\$335 de copago por día: por los días 1-5 \$0 de copago por día: por los días 6 y en adelante
		Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación ^{1,2}		\$335 de copago
Consultas al médico	Médico primario	\$10 de copago
	Especialistas ^{1,2}	\$45 de copago
Cuidado preventivo	Servicios cubiertos por Medicare	\$0 de copago
		Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el abuso de bebidas alcohólicas Consulta de bienestar anual Medición de la masa ósea Pruebas de detección de cáncer de seno (mamografías) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Evaluación cardiovascular Examen 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 Examen de detección de la diabetes y control de la diabetes Prueba de detección de hepatitis C Examen de detección de VIH

Beneficios

Dentro de la red

		<p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada a dosis bajas [Low Dose Computed Tomography (LDCT)]</p> <p>Servicios de terapia nutricional médica</p> <p>Programa de Medicare para la prevención de la diabetes [Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)]</p> <p>Examen de detección y asesoramiento con respecto a la obesidad</p> <p>Examen de detección de cáncer de próstata (Examen PSA)</p> <p>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</p> <p>Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para los que no muestran señales de una enfermedad relacionada con el tabaco)</p> <p>Vacunas, incluidas la vacuna contra la gripe, vacuna contra la hepatitis B, vacuna antineumocócica</p> <p>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” (solo una vez)</p>
		<p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare será cubierto durante el año del contrato. El plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa los proveedores dentro de la red.</p>
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año
Cuidado de emergencia		\$80 de copago (mundial) por cada consulta
Servicios requeridos de urgencia		\$30 - \$40 de copago

Beneficios		Dentro de la red
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI]) ^{1,2}	20% de coseguro
	Servicios de laboratorio ^{1,2}	\$0 de copago - 20% de coseguro
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ^{1,2}	20% de coseguro
	Radiología terapéutica ^{1,2}	20% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios ^{1,2}	\$14 de copago por cada servicio
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ^{1,2}	\$10 de copago
	Examen de audición de rutina	\$10 de copago; 1 por año
	Aparato auditivo	\$330-\$380 de copago por cada aparato auditivo de hi HealthInnovations™ hasta 2 por año (el modelo Power Max tiene cargos adicionales)
Servicios dentales de rutina²		Sin cobertura

Beneficios		Dentro de la red
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y padecimientos de los ojos ²	\$20 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas ¹	20% de coseguro
	Examen de rutina de la vista	\$20 de copago Hasta 1 cada año
Salud mental	Consulta para pacientes hospitalizados ^{1,2}	\$335 de copago por día: por los días 1-4 \$0 de copago por día: por los días 5-90 Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.
	Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago
	Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago
Centro de enfermería especializada^{1,2}		\$0 de copago por día: por los días 1-20 \$160 de copago por día: por los días 21-51 \$0 de copago por día: por los días 52-100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada.
Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje^{1,2}		\$40 de copago
Ambulancia		\$275 de copago por transporte terrestre 40% de coseguro por transporte aéreo
Transporte de rutina		No tiene cobertura

Beneficios**Dentro de la red**

Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos de quimioterapia ²	20% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B ²	20% de coseguro

Medicamentos con receta

Si vive en un centro de cuidado a largo plazo, usted paga lo mismo por el suministro de 31 días que por el suministro de 30 días en una farmacia de venta al por menor.

Etapa 1: Etapa de deducible anual para medicamentos con receta	\$0 por año para los Niveles 1 y 2; \$290 para los Niveles 3, 4 y 5 en el caso de los medicamentos con receta de la Parte D.			
Etapa 2: Etapa de cobertura inicial (Después que usted haya pagado el deducible, si corresponde)	Medicamentos de venta al por menor		Medicamentos por correo	
	Estándar		Preferido	Estándar
	Suministro de 30 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días
Nivel 1: Genéricos preferentes	\$4 de copago	\$12 de copago	\$0 de copago	\$12 de copago
Nivel 2: Medicamentos genéricos	\$10 de copago	\$30 de copago	\$0 de copago	\$30 de copago
Nivel 3: De marca preferentes	\$47 de copago	\$141 de copago	\$131 de copago	\$141 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100 de copago	\$300 de copago	\$290 de copago	\$300 de copago
Nivel 5: De especialidad	27% del costo	27% del costo	27% del costo	27% del costo
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 \$3,750, a usted le corresponde pagar, como máximo, 44% de coseguro si se trata de medicamentos genéricos, o 35% de coseguro si se trata de medicamentos de marca.			

Etapa 4: De gastos médicos mayores

Una vez que los gastos anuales de su bolsillo por sus medicamentos por correo y por sus medicamentos de venta al por menor alcancen \$5,000, a usted le corresponderá pagar la cantidad que sea mayor de las siguientes:

- 5% de coseguro, o
 - Un copago de \$3.35 por medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y un copago de \$8.35 por todos los demás medicamentos.
-

Beneficios adicionales		Dentro de la red
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación ^{1,2}	\$20 de copago
Control de la diabetes	Suministros para controlar la diabetes ²	\$0 de copago Cubrimos solamente las siguientes marcas de monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa: OneTouch Ultra [®] 2, OneTouch UltraMini [®] , OneTouch Verio [®] , OneTouch Verio [®] IQ, OneTouch Verio [®] Flex, ACCU-CHEK [®] Nano SmartView, ACCU-CHEK [®] Aviva Plus, ACCU-CHEK [®] Guide y ACCU-CHEK [®] Aviva Connect
	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes ¹	\$0 de copago
	Zapatos e insertos terapéuticos ²	20% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	20% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	20% de coseguro
Programa de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers[®] Fitness		Membresía básica en un programa de acondicionamiento físico en un sitio que sea parte de la red.
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ^{1,2}	\$45 de copago
Cuidado de la salud a domicilio^{1,2}		\$0 de copago

Beneficios adicionales		Dentro de la red
Cuidados paliativos		Usted no paga nada por los cuidados 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.
Línea de asesoramiento de enfermería		Consulte a una enfermera titulada (Registered Nurse ([RN]) las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Consulta de terapia ocupacional^{1,2}		\$40 de copago
Cuidado a pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago
	Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago
Cirugía para pacientes ambulatorios^{1,2}		\$335 de copago
Diálisis renal^{1,2}		20% de coseguro
Consultas virtuales con el médico		Consulte a médicos específicos mediante su computadora, teléfono celular o tableta.

Es posible que, para los servicios con un 1, usted deba obtener una referencia de su médico. Es posible que, para los servicios con un 2, usted deba obtener preautorización del plan.

Información necesaria

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

Es posible que el formulario, la red de farmacias, y/o la red de proveedores cambien en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Es posible que los beneficios, la prima o los copagos/el coseguro se modifiquen el 1 de enero de cada año.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Si se trata de un suministro de 100 días de sus medicamentos de mantenimiento, no está obligado a usar el servicio de entrega a domicilio de OptumRx.

Los planes están asegurados por 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 de contrato del plan con Medicare.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual Medicare y Usted. La guía está disponible en <https://es.medicare.gov> o puede obtener 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.