

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 puede obtener ayuda para manejar los costos y cómo puede 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 para el cuidado de la salud cubiertos de proveedores de la red.	☐
	Beneficios dentro y fuera de la red Usted puede 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 (primary care physician, PCP) — 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 y principios activos con receta.	☒
	Proveedores del Nivel 1 El uso de proveedores del Nivel 1 puede hacer rendir al máximo sus beneficios de cuidado de la salud. Estos médicos de cuidado primario y especialistas médicos cumplen con los parámetros estándar nacionales de cuidado de calidad y ahorros de costos.	☐
	Centros autónomos Podría pagar menos cuando use ciertos centros autónomos — centros de cuidado de la salud que no facturan los servicios como parte de un hospital, por ejemplo, centros de imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o centros de cirugía.	☐
	Cuenta de ahorros para la salud (HSA) Con una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA), 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 solamente se usa 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, regíran estos últimos documentos. Revise su Certificado de Cobertura para ver una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos o no, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura.

Un análisis detallado de cómo funciona Select Plus.

Beneficios Médicos

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Médico Anual		
Individual	\$1,500	\$3,000
Familiar	\$3,000	\$6,000
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	\$3,500	\$7,000
Familiar	\$7,000	\$14,000
Todos los máximos individuales de gastos de su bolsillo se tomarán en cuenta para alcanzar el máximo familiar de gastos de su bolsillo, pero una persona no tendrá que pagar más que el máximo individual de gastos de su bolsillo. 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. En este Resumen de Beneficios, todas las referencias al Certificado de Cobertura (Certificate of Coverage, COC) son las mismas que a la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).		

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos	Red Designada	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios para el Cuidado Preventivo			
Cuidado Preventivo		Sin copago	Sin cobertura
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, sexo y otros factores de salud. UnitedHealthcare también cubre otros servicios de rutina, que pueden requerir un copago, coseguro o deducible. Incluye servicios como exámenes médicos de bienestar de rutina, vacunas y servicios de laboratorio y radiografías para mamografías, pruebas de Papanicolaou y exámenes de detección de cáncer colorrectal y de próstata.			
Servicios en el Consultorio - Enfermedad y Lesión			
Médico de Cuidado Primario		10%*	30%*
Se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales cuando usted reciba otros servicios en el consultorio de su médico. Por ejemplo, cirugía y pruebas de laboratorio.			
Especialista		10%*	30%*
Se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales cuando usted reciba otros servicios en el consultorio de su médico. Por ejemplo, cirugía y pruebas de laboratorio.			
Cuidado de Urgencia		10%*	30%*
Se pueden aplicar copagos, deducibles o coseguros adicionales cuando usted reciba otros servicios en el centro de cuidado de urgencia. Por ejemplo, cirugía y pruebas de laboratorio.			

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.
*Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (COC)/Lista de Beneficios (SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos

Servicios para el Cuidado Virtual

Los beneficios están disponibles solamente cuando los servicios son prestados a través de un proveedor de la red designado para visitas virtuales. Para buscar un proveedor de la red designado para visitas virtuales, visite myuhc.com® o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID. Es posible que el acceso a las visitas virtuales y a los servicios de medicamentos con receta no esté disponible en todos los estados o para todos los grupos.

Exámenes de la Vista

Se limita a 1 examen cada 24 meses.

Busque una lista de los proveedores de cuidado de la vista de Spectera Eyecare Network en myuhcvision.com.

Red Designada

Dentro de la Red

Fuera de la Red

Sin copago

Sin cobertura

10%*

Sin cobertura

Cuidado de Emergencia

Ambulancia en Situaciones de Emergencia

10%*

10%*

Ambulancia en Situaciones que No Son de Emergencia¹

10%*

30%*

Servicios Dentales en Casos de Accidente y Cirugía Bucal

10%*

10%*

Sala de Emergencias

10%*

10%*

Cuidado para Pacientes Hospitalizados

Cirugías por Enfermedad Congénita del Corazón¹

10%*

30%*

Estadías como Paciente Hospitalizado en el Hospital¹

10%*

30%*

Servicios para la Habilitación de Pacientes Hospitalizados¹

La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.

Servicios en Centros de Enfermería Especializada y Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados¹

10%*

30%*

Se limitan a 100 días por año en un centro de enfermería especializada.

Cuidado para Pacientes Ambulatorios

Servicios para la Habilitación y Tratamientos Manipulativos

10%*

30%*

Se limitan a 24 visitas de tratamiento manipulativo por año.

Los límites serán los mismos que, y estarán combinados con, los que se indican en la sección Servicios para la Rehabilitación.

Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para la fisioterapia, la terapia ocupacional ni los tratamientos manipulativos.

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, incluido el trastorno generalizado del desarrollo o los Trastornos del Espectro Autista.

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (COC)/Lista de Beneficios (SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos

Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio¹

Se limita a 100 visitas por año.

Para los beneficios fuera de la red, las cantidades permitidas se limitan a \$150 por visita.

Una visita equivale hasta cuatro horas de servicios para el cuidado especializado. Este límite de visitas no incluye ningún servicio que se facture únicamente por la administración de infusión intravenosa.

Red Designada	Dentro de la Red	Fuera de la Red
---------------	------------------	-----------------

10%*

30%*

Pruebas de Laboratorio¹

Sin copago

10%

Sin cobertura

Servicios de Imágenes y Diagnóstico Mayores¹

10%*

30%*

Honorarios del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos

10%*

30%*

Servicios para la Rehabilitación

10%*

30%*

Se limitan a 24 visitas de tratamiento manipulativo por año.

Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para la fisioterapia, la terapia ocupacional ni los tratamientos manipulativos.

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, incluido el trastorno generalizado del desarrollo o los Trastornos del Espectro Autista.

Nota: Las tres primeras visitas dentro de la red para cualquier combinación de fisioterapia y tratamiento manipulativo para un nuevo dolor lumbar no están sujetas a ningún copago, coseguro ni deducible, y están sujetas a los límites de visitas anuales.

Procedimientos Endoscópicos

10%*

30%*

Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico o terapéuticos incluyen, entre otros, colonoscopia, sigmoidoscopia y endoscopia.

Cirugía¹

10%*

30%*

Para los beneficios fuera de la red, la cantidad permitida por tarifas del centro se limita a \$760 por fecha del servicio.

Tratamientos Terapéuticos¹

10%*

30%*

Los tratamientos terapéuticos incluyen, entre otros, diálisis, quimioterapia intravenosa, infusión intravenosa, servicios de información médica educativa y oncología de radiación.

Los beneficios fuera de la red no se encuentran disponibles para servicios de diálisis.

Radiografías y otras Pruebas de Diagnóstico¹

10%

30%*

Suministros y Servicios

Capacitación y Automanejo de la Diabetes¹

La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.

Para la capacitación y el automanejo, el costo compartido no excederá los costos de una visita al consultorio médico.

Equipo Médico Duradero, Ortesis y Suministros

10%*

Sin cobertura

Nutrición Enteral

10%*

30%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (COC)/Lista de Beneficios (SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos

Aparatos Auditivos

Se limitan a \$2,500 por año.

Se limitan a una sola compra por cada oído con limitaciones auditivas cada tres años.

La reparación o el reemplazo de un aparato auditivo se aplican a este límite de la misma manera que una compra.

Suministros para Ostomía

Productos Farmacéuticos

Se administran para paciente ambulatorio en un hospital, centro alternativo o consultorio médico.

Prótesis¹

Se limitan a una sola compra de cada tipo de prótesis cada tres años.

La reparación o el reemplazo de una prótesis se aplican a este límite de la misma manera que una compra.

Catéteres Urinarios

Embarazo

Servicios de Maternidad¹

Pagamos los servicios para el cuidado de la salud 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.

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.

Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos

Pacientes Hospitalizados¹

Pacientes Ambulatorios¹

Hospitalización Parcial¹

Otros Servicios

Tratamiento de Acupuntura

Se limitan a 20 tratamientos por año.

Red Designada

Dentro de la Red

Fuera de la Red

10%*

30%*

10%*

Sin cobertura

10%*

30%*

10%*

30%*

10%*

Sin cobertura

La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto, excepto que no se aplicará un deducible anual a un niño recién nacido cuya estadía en el hospital sea la misma que la estadía de la madre.

La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto, excepto que no se aplicará un deducible anual a un niño recién nacido cuya estadía en el hospital sea la misma que la estadía de la madre.

10%*

30%*

10%*

30%*

10%*

30%*

10%*

Sin cobertura

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (COC)/Lista de Beneficios (SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos

Celuloterapia o Genoterapia

Para obtener beneficios dentro de la red, los servicios de celuloterapia o genoterapia se deben recibir de un proveedor designado.

Red Designada	Dentro de la Red	Fuera de la Red
	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	Sin cobertura
Ensayos Clínicos ¹	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	
Servicios de Anestesia Dental	10%*	30%*
<i>Se limitan a personas cubiertas que sean: un niño menor de siete años; una persona que tenga discapacidades del desarrollo sin importar la edad; una persona cuya salud se vea comprometida y para la que se requiera anestesia general, sin importar la edad.</i>		
Tratamiento para la Diabetes	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto. Consulte los Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios y Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros para ver la cobertura de equipo y suministros para la diabetes.	
<i>Cobertura de equipo y suministros para la diabetes, artículos con receta y programas de capacitación para el automanejo de la diabetes, cuando sean prestados por un médico o bajo la dirección de este.</i>		
Preservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica ¹	10%*	30%*
<i>Se limita a \$20,000 por persona cubierta de por vida.</i>		
<i>Este límite de beneficios será el mismo que, y estará combinado con, los que se indican en la sección Pruebas Genéticas Preimplante (PGT) y Servicios Relacionados. Además, los beneficios se limitan a un ciclo de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica por persona cubierta durante todo el período que esté inscrita en la cobertura del Contrato.</i>		
Disforia de Género	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	
Cuidados Paliativos ¹	10%*	30%*
Servicios de Mastectomía ¹	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	
Obesidad - Cirugía para Bajar de Peso ¹	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	Sin cobertura
<i>Para obtener beneficios dentro de la red, la cirugía para la obesidad (para bajar de peso) se debe recibir de un proveedor designado.</i>		
Servicios para el Uso de un Medicamento Fuera de la Indicación Aprobada y Experimentales o de Investigación	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	
Servicios para la Osteoporosis	La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	

¹Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

²Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (COC)/Lista de Beneficios (SBN).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios para el Cuidado de la Salud Cubiertos

Pruebas Genéticas Preimplante (PGT) y Servicios Relacionados¹

Los límites de beneficios por servicios relacionados serán los mismos que, y estarán combinados con, los que se indican en Preservación de la Fertilidad para la Infertilidad Iatrogénica. Este límite no incluye Pruebas Genéticas Preimplante (PGT) para el trastorno genético específico. Este límite incluye los beneficios por medicamentos para la estimulación ovárica que se proporcionan en la Cláusula Adicional de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.

Los beneficios por servicios relacionados se limitan a un procedimiento de Tecnología de Reproducción Asistida (ART) durante todo el tiempo que una persona cubierta esté inscrita en la póliza. Este límite no incluye Pruebas Genéticas Preimplante (PGT) para el trastorno genético específico.

	Red Designada	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Pruebas Genéticas Preimplante (PGT) y Servicios Relacionados ¹		10%*	30%*
Procedimientos Reconstructivos ¹		La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	
Servicios de Telesalud		La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	
Servicios para la Articulación Temporomandibular (TMJ) ¹		La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	
Servicios para Trasplante ¹		La cantidad que usted paga se basa en donde se preste el servicio para el cuidado de la salud cubierto.	Sin cobertura
Los beneficios dentro de la red se deben recibir de un proveedor designado.			

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte su Certificado de Cobertura (COC)/Lista de Beneficios (SBN).

Beneficios de Farmacia

Detalles del Plan de Farmacia	
Red de Farmacias	National
Lista de Medicamentos con Receta	Advantage w/ SMCS Drugs

Dentro de la Red y 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

Nivel de Medicamentos con Receta	Un suministro de hasta 31 días		Un suministro de hasta 90 días
	Farmacia Minorista de la Red	Farmacia Fuera de la Red	Farmacia de Pedidos por Correo de la Red**
Nivel 1 \$	\$10	\$10	\$20
Nivel 2 \$\$	\$30	\$30	\$60
Nivel 3 \$\$\$	\$50	\$50	\$100
Nivel de Medicamentos de Especialidad con Receta Preferidos	Farmacia Especializada Minorista Preferida de la Red	Farmacia Especializada Preferida Fuera de la Red	Farmacia Especializada de Pedidos por Correo Preferida de la Red**
Nivel 1 \$	\$10	\$10	Sin cobertura***
Nivel 2 \$\$	\$150	\$150	Sin cobertura***
Nivel 3 \$\$\$	\$250	\$250	Sin cobertura***

** Solo algunos medicamentos con receta están disponibles a través de la farmacia de pedidos por correo. Para obtener más información, 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. En la farmacia minorista, le cobrarán un copago o coseguro por 31 días o el doble por 60 días, según la cantidad de días de suministro que se surta 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 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 se encuentra en su tarjeta de ID. Si no es miembro, puede consultar la información en welcometouhc.com > "Benefits" (Beneficios) > "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia).

*** Cobertura máxima dentro de la red para medicamentos de especialidad con receta suministrados a través de una farmacia designada. Consulte la sección Farmacias Designadas de su Suplemento de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios.

Cuando usa una farmacia fuera de la red, podría tener que pagar la diferencia entre la tarifa de reembolso fuera de la red y el cargo usual y habitual de la farmacia.

El costo compartido de medicamentos de especialidad (specialty medication cost share, SMCS) le recomienda hablar con su médico acerca de opciones de medicamentos de menor costo. Podría tener que pagar más si lo elige una opción de menor costo.

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 la cantidad 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 para el cuidado de la salud cubiertos — este es su **coseguro**.*

USTED PAGA EL 20%*

SU PLAN PAGA EL 80%

Además, también podría tener que pagar una cantidad fija (por ejemplo, \$15) —o **copago**— por servicios para el cuidado de la salud cubiertos, 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 puede variar según el servicio. Este ejemplo es solo con fines ilustrativos.

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 lo 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%

Más maneras de ayudarle a administrar su plan de salud y mantenerse actualizado.



Busque médicos en la red.

Puede visitar proveedores dentro y fuera de la red — pero cuando recibe servicios dentro de la red, probablemente pagará menos por el cuidado de la salud. Para comenzar:

- Visite welcometouhc.com > “Benefits” (Beneficios) > “Find a Doctor or Facility” (Buscar un Médico o Centro).
- Elija “Search for a health plan” (Buscar un plan de salud).
- Elija **Select Plus** para ver proveedores en la red del plan de salud.



Administre sus medicamentos.

Busque sus medicamentos con receta en la Lista de Medicamentos con Receta (PDL). En esta lista, los medicamentos están clasificados en niveles que representan lo que usted pagará, a fin de que a usted y a su médico les resulte más fácil buscar opciones para ahorrar dinero.

- Visite welcometouhc.com > “Benefits” (Beneficios) > “Pharmacy Benefits” (Beneficios de Farmacia).
- Elija **Advantage** para ver los medicamentos que están cubiertos por su plan.



Acceda a su plan en Internet.

Con myuhc.com®, usted tiene un centro de información de salud personalizada para ayudarle a buscar un médico, administrar sus reclamos, calcular costos y mucho más.



Tenga acceso desde cualquier lugar.

Dondequiera que vaya, la aplicación de UnitedHealthcare® le da acceso instantáneo a su plan de salud. Descárguela para buscar cuidado de la salud cercano, consultar a un médico por videochat las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acceder a su tarjeta de ID del plan de salud y mucho más.

¡Qué bueno saberlo!

¡Genial!

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 Cláusulas Adicionales para obtener una descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de cobertura.

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

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Cuando compra medicamentos con receta en una farmacia minorista 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 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 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 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 puede recibir un medicamento con receta en una cantidad que no exceda 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 de especialidad con receta son los indicados por el proveedor, con un suministro máximo de 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 de especialidad con receta 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 los beneficios de dichos medicamentos con receta, usted debe usar primero otro u otros medicamentos con receta. Para saber si un medicamento con receta está sujeto a requisitos de terapia escalonada, puede comunicarse con nosotros en myuhc.com o por teléfono al número que se encuentra en su tarjeta de ID.

Antes de que le surtan 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 para el cuidado de la salud cubierto y no es un servicio experimental, de investigación o no comprobado. También podemos 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, incluidos medicamentos de especialidad 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 pueden estar cubiertos a un costo compartido de cero. Para obtener más información, comuníquese con nosotros en myuhc.com o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Se proporcionan beneficios para ciertos medicamentos con receta suministrados por una farmacia de pedidos por correo 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 de la red y en una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días. Comuníquese con nosotros en myuhc.com o por teléfono al número que se encuentra 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 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 (Schedule of Benefits, SBN) para conocer las exclusiones y limitaciones adicionales que se pueden aplicar.

- Cualquier medicamento con receta en la medida en que el pago o los beneficios sean proporcionados o puestos a disposición por el gobierno local, estatal o federal (por ejemplo, Medicare).
- 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.
- Un producto farmacéutico para el cual se proporcionan beneficios en su Certificado.
- Aplicaciones de software de dominio público en general o monitores que puedan estar disponibles con o sin una receta o un resurtido.
- Medicamentos con receta cuando se recetan como estimulantes del sueño.
- Medicamentos con receta diseñados para corregir los horarios de sueño, por ejemplo, por desfase horario en el caso de viajes o por turnos de trabajo.
- Medicamento con receta que tenga un producto aprobado biosimilar o un equivalente terapéutico biosimilar a otro medicamento con receta cubierto.
- Vitaminas generales, excepto vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y vitaminas individuales cuando se acompañan de una receta o un resurtido.
- Cualquier producto suministrado con el propósito de inhibir el apetito o bajar de peso.
- Medicamentos con receta, que incluyen nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación, que determinemos que no cumplen la definición de un servicio para el cuidado de la salud cubierto.
- Ciertos medicamentos compuestos.
- Medicamentos usados con fines estéticos.
- Paquetes y productos de diagnóstico.
- Equipo Médico Duradero, entre ellos, las bombas de insulina y los suministros relacionados con el manejo y el tratamiento de la diabetes, para el cual se proporcionan beneficios en su Certificado. Suministros recetados y no recetados para pacientes ambulatorios. Esto no se aplica a los suministros para la diabetes y los espaciadores de inhaladores que se indiquen específicamente como cubiertos.
- Medicamentos con receta surtidos fuera de los Estados Unidos, excepto cuando sean necesarios para el tratamiento de una emergencia.
- Medicamentos y servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Ciertos medicamentos con receta que sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), como envases con un dispositivo o una aplicación, incluidos los sensores inteligentes en envases o los sensores insertados en los medicamentos.
- Terapia con hormona de crecimiento, a menos que lo exija la ley estatal.
- Ciertos medicamentos con receta para dejar el tabaco.
- Medicamentos con receta cuando sean recetados para tratar la infertilidad. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos con receta para tratar la infertilidad iatrogénica y las Pruebas Genéticas Preimplante (Preimplantation Genetic Testing, PGT) que se describen en el Certificado.
- Medicamentos que sean recetados, surtidos o indicados para usar durante una estadía como paciente hospitalizado.
- Productos con o sin receta que se usen principalmente como productos dietéticos o nutricionales, suplementos nutricionales o para el manejo dietético de una enfermedad, incluidas las vitaminas (excepto las prenatales), los minerales y los suplementos de fluoruro, los artículos de belleza o de salud, los suplementos a base de hierbas o los medicamentos alternativos y los productos alimenticios medicinales con receta, aun cuando se usen para el tratamiento de una condición de salud, excepto según lo descrito en Tratamiento de la Fenilcetonuria (Phenylketonuria, PKU) en la Evidencia de Cobertura, excepto según lo requerido por una dieta o por las leyes estatales. Las pruebas y el tratamiento de la fenilcetonuria están cubiertos por su beneficio médico, incluidas las fórmulas y los productos alimenticios especiales que formen parte de una dieta recetada por un médico de la red, siempre que la dieta sea médicamente necesaria. Esta exclusión no se aplica a los servicios médicamente necesarios autorizados para evitar el desarrollo de discapacidades físicas o mentales graves o para promover el desarrollo o la función normal como consecuencia de la fenilcetonuria.
- Medicamentos disponibles sin receta. Esta exclusión no se aplica a los anticonceptivos prescritos sin receta aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos ni los medicamentos sin receta que tienen una recomendación de A o B del Panel de Expertos en Servicios Preventivos de los Estados Unidos (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) cuando los receta un proveedor para los cuales se proporcionan beneficios, sin costo compartido, según lo descrito en la Sección 5 de la Evidencia de Cobertura y Aviso de Divulgación de Información Combinado.
- Ciertos medicamentos con receta para los cuales hay alternativas terapéuticamente equivalentes disponibles.

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:

En Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Por correo: 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 se encuentra 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.

En Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Por teléfono: Llamada gratuita 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

Por correo: 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 LU'U Y: 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 vị.

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 معرف العضوية الخاص بك.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisyè 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 زبان شما **فارسی (Farsi)** است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध 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 yániit'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíí'k'eh, bee ná'ahóót'i. T'áá shqódi ninaaltsoos niit'izí bee nééhozinígíí bine'déé' t'áá jíí'k'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

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 આઈડેન્ટિફિકેશન કાર્ડ પર આપેલા ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો.