



Plan Medicare Advantage
con cobertura de
medicamentos con receta

Resumen de beneficios 2022

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS)
H5652-008-000

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

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



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

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



www.EricksonAdvantage.com

United
Healthcare

 Erickson
SENIOR LIVING®
ERICKSON ADVANTAGE®

Resumen de beneficios

Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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

Acerca de este plan.

Erickson Advantage® Liberty with Drugs (HMO-POS) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

Colorado: Douglas;

Florida: Collier;

Kansas: Johnson;

Maryland: Baltimore, Montgomery, Prince George's;

Massachusetts: Essex, Plymouth;

Michigan: Oakland;

New Jersey: Monmouth, Morris, Union;

North Carolina: Mecklenburg;

Pennsylvania: Bucks, Delaware;

Texas: Collin, Harris;

Virginia: Fairfax, Loudoun.

Use proveedores y farmacias de la red.

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

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

Erickson Advantage[®] Liberty with Drugs (HMO-POS)

Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Su plan no tiene prima mensual.	
Deducible Médico Anual	Este plan no tiene un deducible.	
Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$6,700 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	Un número ilimitado fuera de la red
	Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.	

Erickson Advantage[®] Liberty with Drugs (HMO-POS)

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados²		\$300 de copago por día, por los días 1 a 7 \$0 de copago por día, por los días 8 y en adelante	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$300 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$300 de copago	30% de coseguro
	Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios ²	\$300 de copago	30% de coseguro
Visitas al médico	Proveedor de Cuidado Primario	Tipo 1: \$0 de copago Tipo 2: \$30 de copago	30% de coseguro
	Especialistas ²	\$50 de copago	30% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago; Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (según el servicio)
		<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Visita de “Bienestar” anual</p> <p>Medición de Masa Ósea</p> <p>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</p> <p>Exámenes cardiovasculares</p> <p>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <p>Evaluación de Depresión</p> <p>Pruebas de detección y control de la diabetes</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Prueba de Detección del VIH</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</p> <p>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p>	
		Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
		Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.	
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
Cuidado de emergencia		<p>\$90 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita</p> <p>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.</p>	
Servicios requeridos de urgencia		\$30 de copago (\$0 de copago por servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) ²	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$105 de copago, de otra manera	30% de coseguro
	Servicios de laboratorio ²	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Radiología Terapéutica ²	\$60 de copago por cada servicio	30% de coseguro
	Radiografías para Pacientes Ambulatorios ²	\$15 de copago por cada servicio	\$20 de copago por cada servicio

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
	Aparato auditivo ²	\$375 - \$1,425 de copago por cada aparato auditivo proporcionado a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada año. * Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual a través de Right2You (modelos selectos), ofrecidos solamente por UnitedHealthcare Hearing.	
Beneficios de Routine Dental	Cláusula adicional Optional Dental	Puede obtener beneficios dentales adicionales mediante una prima aparte. Para obtener más información, consulte la sección de beneficios opcionales que se encuentra más adelante.	
	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *
	Integrales ²	\$0 de copago por servicios dentales integrales *	\$0 de copago por servicios dentales integrales *
	Límite de beneficios	\$500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos * Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0	

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año*	30% de coseguro; 1 cada año*
	Artículos para la vista de rutina	<p>\$0 de copago; hasta \$100 cada 2 años para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.*</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos).</p>	
Salud mental	Visita como Paciente Hospitalizado ²	\$300 de copago por día, por los días 1 a 5 \$0 de copago por día, por los días 6 a 90	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$20 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$20 de copago - \$40 de copago	30% de coseguro
Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago. Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.		

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de Enfermería Especializada (SNF)²		<p>\$0 de copago por día, por los días 1 a 20</p> <p>\$188 de copago por día, por los días 21 a 56</p> <p>\$0 de copago por día, por los días 57 a 100</p>	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	
Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje²		\$40 de copago	30% de coseguro
Ambulancia²		<p>\$250 de copago por transporte terrestre</p> <p>\$250 de copago por transporte aéreo</p>	<p>\$250 de copago por transporte terrestre</p> <p>\$250 de copago por transporte aéreo</p>
Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia.			
Transporte de Rutina		\$0 de copago; 24 viajes en una sola dirección por año desde o hacia sitios aprobados	Sin cobertura
Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare	Medicamentos para quimioterapia ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B ²	<p>\$0 de copago por antígenos para alergias</p> <p>20% de coseguro por todos los demás</p>	<p>\$0 de copago por antígenos para alergias</p> <p>30% de coseguro por todos los demás</p>

Medicamentos con receta

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

Etapa 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D).	\$0 por año por los medicamentos con receta del Nivel 1 y Nivel 2; \$400 por los medicamentos con receta del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 de la Parte D.			
Etapa 2: Cobertura inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	Medicamentos en una farmacia minorista		Farmacia de pedidos por correo	
	Estándar		Preferida	Estándar
	Suministro de 30 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días	Suministro de 90 días
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$15 de copago	\$0 de copago	\$15 de copago
Nivel 2: Genéricos ³	\$20 de copago	\$60 de copago	\$0 de copago	\$60 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	\$45 de copago	\$135 de copago	\$125 de copago	\$135 de copago
Medicamentos de Insulina Selectos ⁴	\$35 de copago	\$105 de copago	\$95 de copago	\$105 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos	\$100 de copago	\$300 de copago	\$290 de copago	\$300 de copago
Nivel 5: De Especialidad	26% de coseguro	N/C ⁵	N/C ⁵	N/C ⁵
Etapa 3: Etapa sin cobertura	Los medicamentos del Nivel 1 están cubiertos durante la Etapa Sin Cobertura. Durante la Etapa Sin Cobertura, por los medicamentos cubiertos de otros niveles, una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los \$4,430, usted paga un 25% de coseguro, por los medicamentos genéricos, y un 25% de coseguro, por los medicamentos de marca.			

Etapa 4: Cobertura de gastos médicos mayores	Una vez que los gastos anuales de su bolsillo para la compra de medicamentos (incluso los medicamentos comprados en una farmacia minorista y en una farmacia de pedidos por correo) alcancen \$7,050, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes: <ul style="list-style-type: none">□ 5% de coseguro, o□ \$3.95 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y \$9.85 de copago por todos los demás medicamentos.
---	--

³ Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

⁴ Para el año 2022, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de los medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "Intervalo en la Cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional").

⁵ Limitado a un suministro de 30 días

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación ²	\$20 de copago	50% de coseguro
Manejo de la Diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	30% de coseguro
	Zapatos e insertos terapéuticos ²	20% de coseguro	30% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	20% de coseguro	30% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	20% de coseguro	30% de coseguro
Programa de Prevención de Caídas		Aprenda cómo reducir caídas, prevenir lesiones y mejorar su fuerza y equilibrio	Sin cobertura
Programa de acondicionamiento físico		El programa Renew Active le ofrece una membresía estándar a un gimnasio en una extensa red de centros de acondicionamiento físico en todo el país, además de un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico por Internet y un programa para la agudeza mental por Internet, todo sin costo para usted.	

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de los Pies (servicios para podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ²	\$50 de copago	30% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$50 de copago; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *	30% de coseguro; por cada visita, hasta 6 visitas cada año *
Programa de cuidado de la salud a domicilio²		\$0 de copago	30% de coseguro
Cuidados paliativos		Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
Visita de terapia ocupacional²		\$40 de copago	30% de coseguro
Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos²		\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$40 de copago	30% de coseguro
Diálisis Renal²		20% de coseguro	20% de coseguro

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

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

Beneficios complementarios opcionales

Primas y beneficios

Cláusula Adicional Platinum Dental	Prima	\$38.00 adicionales por mes
	Descripción	La Cláusula Adicional Platinum Dental incluye beneficios de servicios dentales, tanto preventivos como integrales.

Información necesaria

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

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

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, letra grande, audio o bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-314-8188, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben comunicarse al 711). Los horarios de atención son de 24 horas del día, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-314-8188 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

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

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

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

La participación en el programa RenewActive® es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. AARP® Staying Sharp es la marca registrada de AARP. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.