

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019



Descripción general de su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

H5322-030

Consulte esta guía para obtener más información acerca de las coberturas de servicios de salud y medicamentos que usted 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 **1-844-560-4944**, TTY **711**

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



www.UHCCommunityPlan.com



Nuestra área de servicio incluye estos condados en:

Georgia: Appling, Barrow, Ben Hill, Berrien, Brooks, Burke, Butts, Catoosa, Chatham, Chattahoochee, Clarke, Columbia, Crisp, Decatur, Douglas, Effingham, Elbert, Fayette, Grady, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Henry, Jackson, Jefferson, Johnson, Macon, Madison, McDuffie, Meriwether, Mitchell, Muscogee, Newton, Peach, Richmond, Rockdale, Spalding, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Thomas, Tift, Toombs, Treutlen, Upson, Walker, Warren, Washington.

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

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.UHCCommunityPlan.com, o bien 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.

Información de su plan.

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS 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.

Este plan es para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) que tienen tanto Medicare y Medicaid. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores. Algunas personas obtienen beneficios completos de Medicaid. Otros obtienen únicamente ayuda para pagar el costo compartido de Medicare, posiblemente incluyan primas, deducibles, coseguro o copagos.

Usted puede inscribirse en este plan si se encuentra en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- Beneficiario calificado Plus de Medicare (QMB+):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para pagar el costo compartido de Medicare y también cumple los requisitos para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguro y copago de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para pagar el costo compartido de Medicare, pero no cumple los requisitos para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas, deducibles, coseguro y copago de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- Individuo calificado como discapacitado que trabaja (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte A. La oficina estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los

beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

Persona que cumple los requisitos (Qualifying Individual, QI): Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La oficina estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Usted paga los costos compartidos que se indican en la tabla de más abajo. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro. La oficina estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Beneficiario de Medicare especificado con bajos ingresos (SLMB+):** Usted obtiene los beneficios completos de Medicaid y Medicaid paga la prima de la Parte B. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la oficina estatal de Medicaid para el pago del costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Por regla general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid solamente paga la prima de la Parte B. La oficina estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Beneficiario con doble elegibilidad y beneficios completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también provee los beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la oficina estatal de Medicaid para el pago del costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Por regla general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Si se modifica la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que el costo compartido que le corresponde aumente o disminuya. Usted debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo su cobertura de Medicare

Utilice proveedores y farmacias de la red.

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP) 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. Los servicios recibidos fuera de la red están limitados al área de servicio

del plan que se indica en la portada. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. 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 que sea parte de la red.

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

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$19.90	
Deducible médico anual	<p>Usted paga el deducible de la Parte B de Medicare Original (de manera combinada, dentro y fuera de la red) para el año 2019.</p> <p>El deducible de Medicare del año 2019 es de \$185.</p>	
Cantidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye cobertura de medicamentos con receta)	\$6,700 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	Ilimitado fuera de la red
	<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>	

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados		\$0 copago a \$1,364 de deducible del día 1 al 60; \$341 de copago por día: del día 61 al 90; \$0 de copago por día, por un número de días ilimitado, en adelante. Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado.	Sin cobertura
Hospital para pacientes ambulatorios		\$0 de copago a 20% de coseguro Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Sin cobertura
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Visitas al médico	Primario	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Especialistas	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	Vacunas antigripales: \$0 de copago Todos los demás servicios: Sin cobertura
		Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Visita de “Bienestar” anual Medición de masa ósea	

Beneficios

Dentro de la red

Fuera de la red

Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)
Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)
Exámenes cardiovasculares
Pruebas 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
Pruebas de detección y control de la diabetes
Prueba de detección de hepatitis C
Prueba de detección del VIH
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
Servicios de terapia de nutrición clínica
Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)
Evaluación diagnóstica y asesoramiento con respecto a la obesidad
Exámenes de detección de cáncer de próstata (Prostate cancer screening, PSA)
Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas
Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco)
Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B, y vacuna antineumocócica
Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.

Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de emergencia		\$0 de copago a \$90 de copago (\$0 de copago para cobertura mundial) por visita Si se le admite al hospital en un plazo no mayor de 24 horas, le corresponderá pagar el copago hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago para casos de emergencia. Consulte la sección “Cuidado para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.	
Servicios requeridos de urgencia		\$0 de copago a \$65 de copago	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Servicios de laboratorio	\$0 de copago	Sin cobertura
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiología terapéutica	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año	Sin cobertura
	Aparatos auditivos	\$1,000 de asignación cada 2 años	Sin cobertura

Beneficios

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales de rutina	Preventivos	\$0 de copago por los servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías)	Sin cobertura
	Integrales	\$0 de copago por los servicios cubiertos	Sin cobertura
	Límite de beneficios	\$1,000 de límite en todos los servicios dentales que tienen cobertura	Sin cobertura
Cuidado de la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	Sin cobertura
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago Hasta 1 cada 2 años	Sin cobertura
	Artículos para la vista	\$0 de copago cada 2 años; hasta \$150 para lentes/ marcos y lentes de contacto	Sin cobertura

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental	Visita para pacientes hospitalizados	\$0 copago a \$1,364 de deducible por los días 1 al 60; \$341 de copago por día: del día 61 al 90; \$682 de copago por día: del día 91 al 150 (días de reserva una vez en la vida)	40% de coseguro por cada estadía
	Nuestro plan cubre 90 días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.		
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare		\$0 copago a \$0 de copago por día: del día 1 al 20 \$170.50 de copago por día: del día 21 al 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.	Sin cobertura
Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Ambulancia		\$0 de copago a 20% de coseguro por transporte terrestre \$0 de copago a 20% de coseguro por transporte aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre 20% de coseguro por transporte aéreo
Transporte de rutina		\$0 de copago; 36 viajes por año, en una sola dirección, hacia o desde sitios aprobados	Sin cobertura

Beneficios

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos de quimioterapia	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

Medicamentos con receta

Si usted no cumple los requisitos para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), le corresponde pagar la parte del costo de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted cumple los requisitos para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos le corresponde pagar:

Deducible anual para medicamentos con receta	Su deducible es de \$0 o de \$85, según sea el nivel que recibe del programa Ayuda Adicional.
Suministro de 30 o 90 días en una farmacia minorista de la red	
Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	\$0, \$1.25 o \$3.40 de copago, o bien 15% del costo total
Todos los demás medicamentos	\$0, \$3.80 o \$8.50 de copago, o bien 15% del costo total

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado quiropráctico y acupuntura		\$0 de copago 10 visitas combinadas de quiropráctica y de acupuntura por año*	Sin cobertura
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Manejo de la diabetes	Suministros para controlar la diabetes	\$0 de copago Cubrimos solamente las marcas ACCU-CHEK® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva y ACCU-CHEK® Nano SmartView. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® SmartView y OneTouch Ultra®. Su plan no cubre otras marcas.	Sin cobertura
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	Sin cobertura
	Zapatos e insertos terapéuticos	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Programa de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers®		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	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago; por cada visita hasta 4 visitas cada año	Sin cobertura
Beneficio de comidas		\$0 de copago; cobertura del beneficio del programa de entrega de comida a domicilio. Se aplican restricciones. Este proveedor debe usarse para este beneficio, tanto dentro como fuera de la red.	
Programa de cuidado de la salud a domicilio		\$0 de copago	Sin cobertura
Cuidados paliativos		Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte del costo de los medicamentos y por el relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
NurseLine		Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
Visita de terapia ocupacional		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
Cirugía para pacientes ambulatorios		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Beneficio de productos para la salud		\$165 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados.	
Diálisis renal		\$0 de copago a 20% de coseguro	No tiene cobertura fuera de la red (excepto en casos de emergencia).

Beneficios de Medicaid

Información para personas que tienen Medicare y Medicaid. Los servicios que usted reciba los paga primero Medicare y luego Medicaid.

Los beneficios descritos a continuación tienen cobertura de Medicaid. También podrá ver lo que cubre Georgia Department of Community Health y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se utiliza al máximo o si no tiene cobertura de Medicare, es posible que Medicaid lo cubra. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid que usted tenga.

La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. No importa cuál es la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, el plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP) cubrirá los beneficios descritos en la Sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos que está incluida en el Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre los requisitos que debe cumplir para Medicaid y los beneficios a los cuales pudiera tener derecho, llame a Georgia Department of Community Health, 1-404-656-4507.

Es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted pero esto dependerá de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Si Medicare no cubre cierto servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido.

Beneficio	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)
Servicios dentales adicionales	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de los pies adicional	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la vista adicional	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado quiropráctico	Con cobertura	Con cobertura
Servicios dentales	Con cobertura	Con cobertura
Suministros y servicios para la diabetes	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	Con cobertura	Con cobertura
Visitas al consultorio médico	Con cobertura	Con cobertura
Equipo médico duradero	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de emergencia	Con cobertura	Con cobertura

Beneficio	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)
Cuidado de los pies	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la audición	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la salud a domicilio	Con cobertura	Con cobertura
Cuidados paliativos	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la salud mental	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Productos de venta sin receta	Sin cobertura	Con cobertura
Beneficios de medicamentos con receta	Sin cobertura	Con cobertura
Cuidado preventivo	Con cobertura	Con cobertura
Prótesis	Con cobertura	Con cobertura
Diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Con cobertura	Con cobertura
Transporte (De rutina)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios requeridos de urgencia	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la vista	Con cobertura	Con cobertura

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 contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del Estado como de Medicare.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual “Medicare y Usted”. El manual está disponible en Internet en el sitio <https://es.medicare.gov>, de otra manera 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.

UnitedHealthcare Insurance Company cumple con las leyes federales referentes a derechos civiles y no discrimina en términos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-814-6894 (TTY : 711)。

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the first page of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la cobertura de este libro.

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

Es posible que los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero.

Es posible que las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles varíen según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para más detalles, comuníquese con el plan.

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

El Formulario, 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. OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.

La disponibilidad del programa SilverSneakers varía según el plan o el mercado. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles. Consulte a un profesional de cuidado de la salud antes de comenzar un programa de ejercicios. Tivity Health y SilverSneakers son marcas registradas o marcas comerciales de Tivity Health, Inc. o sus subsidiarias o afiliadas en los Estados Unidos u otros países. © 2018. Todos los derechos reservados.

El servicio de Nurseline no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia o de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le brinda su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene de acuerdo con la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.