

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019



Descripción general de su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE Plus (HMO SNP)

H0251-005

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:

Tennessee: Anderson, Bedford, Benton, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Cannon, Carroll, Carter, Cheatham, Chester, Claiborne, Clay, Cocke, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Dyer, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hardeman, Hardin, Hawkins, Haywood, Henderson, Henry, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Jefferson, Johnson, Knox, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Loudon, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Morgan, Obion, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Roane, Robertson, Rutherford, Scott, Sequatchie, Sevier, Shelby, Smith, Stewart, Sullivan, Sumner, Tipton, Trousdale, Unicoi, Union, Van Buren, Warren, Washington, Wayne, Weakley, White, Williamson, Wilson.

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® ONE Plus (HMO SNP) 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.

Este plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen calificación doble (Dual Special Needs Plan, DSNP); es para personas que tienen tanto la Parte A como la Parte B de Medicare y que reciben beneficios completos de Medicaid, además de ciertos beneficios de apoyos y servicios a largo plazo (Long Term Services and Supports, LTSS) de parte de UnitedHealthcare. Específicamente, los beneficios de LTSS son los Grupos 4, 5, 6, 7 u 8 de ECF CHOICES de Tennessee.

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

- Elegibilidad doble y beneficios completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que ECF CHOICES Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. ECF CHOICES Medicaid también proporciona los beneficios completos de Medicaid.

Si usted es un beneficiario de la categoría FBDE: Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de ECF CHOICES. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de Bureau of TennCare 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 ECF CHOICES, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de ECF CHOICES.

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

Utilice proveedores y farmacias de la red.

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE Plus (HMO SNP) 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.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® ONE Plus (HMO SNP)

Primas y beneficios	Dentro de la red
Prima mensual del plan	Su plan no tiene prima mensual.
Deducible médico anual	Este plan no tiene un deducible.
Cantidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye cobertura de medicamentos con receta)	\$0 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE Plus (HMO SNP)

Beneficios		Dentro de la red
Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados		\$0 de copago por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado.
Hospital para pacientes ambulatorios		\$0 de copago
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios		\$0 de copago
Visitas al médico	Primario	\$0 de copago
	Especialistas	\$0 de copago
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago
		<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 (mamografías)</p> <p>Enfermedades cardiovasculares (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>

Beneficios

Dentro de la red

		<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 de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Evaluación diagnóstica y asesoramiento con respecto a la obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (Prostate cancer screening, PSA)</p> <p>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B, y vacuna antineumocócica</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p> <hr/> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.</p> <p>Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.</p>
Cuidado de emergencia		<p>\$0 de copago (\$0 de copago para cobertura mundial) por visita</p> <p>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.</p>
Servicios requeridos de urgencia		<p>\$0 de copago</p>

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])	\$0 de copago por cada servicio
	Servicios de laboratorio	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago
	Radiología terapéutica	\$0 de copago por cada servicio
	Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago por cada servicio
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$0 de copago
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año
	Aparatos auditivos	\$2,500 de asignación cada 2 años
Servicios dentales de rutina	Preventivos	\$0 de copago por los servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías)
	Integrales	\$0 de copago por los servicios cubiertos
	Límite de beneficios	\$4,000 de límite en todos los servicios dentales que tienen cobertura

Beneficios		Dentro de la red
Cuidado de la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos	\$0 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago Hasta 1 cada año
	Artículos para la vista	\$0 de copago cada año; hasta \$350 para lentes/marcos y lentes de contacto; (1 par de lentes/marcos de reemplazo tienen cobertura en caso de que el par inicial haya sido extraviado, robado o esté roto sin posibilidad de reparación)
Salud mental	Visita para pacientes hospitalizados	\$0 de copago 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
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)		\$0 de copago por día: del día 1 al 20 \$0 de copago por día: del día 21 al 100
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.
Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje		\$0 de copago
Ambulancia		\$0 de copago por transporte terrestre \$0 de copago por transporte aéreo

Beneficios**Dentro de la red**

Transporte de rutina		\$0 de copago; 30 viajes por año, en una sola dirección, hacia o desde sitios aprobados; 18 viajes adicionales en una sola dirección para servicios de rutina dentales, para la vista, audición, quiropráctica y acupuntura que no tengan cobertura de Medicare Original
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos de quimioterapia	\$0 de copago
	Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago

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
Cuidado quiropráctico y acupuntura		\$0 de copago 20 visitas combinadas de quiropráctica y de acupuntura por año
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	\$0 de copago
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.
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Zapatos e insertos terapéuticos	\$0 de copago
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	\$0 de copago
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)	\$0 de copago
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies	\$0 de copago
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago; por cada visita hasta 4 visitas cada año

Beneficios adicionales		Dentro de la red
Beneficio de comidas		\$0 de copago; cobertura del beneficio del programa de entrega de comida a domicilio. Se aplican restricciones.
Programa de cuidado de la salud a domicilio		\$0 de copago
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
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
Cirugía para pacientes ambulatorios		\$0 de copago
Beneficio de productos para la salud		\$300 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados.
Diálisis renal		\$0 de copago
Programa Solutions for Caregivers		\$0 de copago; puede contar con un administrador de cuidado de la salud con experiencia para que le ayude a planear y acceder a los recursos disponibles para el cuidado de un ser querido. Los servicios están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Beneficios de ECF CHOICES

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

Los beneficios descritos a continuación tienen cobertura de ECF CHOICES. También podrá ver lo que cubre Bureau of TennCare y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se utiliza al máximo o si no tiene cobertura de Medicare, es posible que ECF CHOICES lo cubra. Esto depende del tipo de cobertura de ECF CHOICES 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® ONE Plus (HMO 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 Bureau of TennCare, 1-800-342-3145.

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. Consulte el manual de Medicaid para más detalles sobre el costo compartido y los beneficios adicionales cubiertos.

Beneficio	ECF CHOICES	UnitedHealthcare Dual Complete® ONE Plus (HMO SNP)
Servicios dentales adicionales	Cubiertos, si se trata de todos los cuidados preventivos Cubiertos, si se trata de servicios médicos/ quirúrgicos de un dentista para menores con TennCare que tienen menos de 21 años. Los menores con TennCare que tienen menos de 21 años reciben servicios dentales completos. Los adultos con TennCare que tienen 21 años o más de edad no tienen acceso a los servicios dentales de rutina	Con cobertura
Cuidado de los pies adicional	Con cobertura	Con cobertura

Beneficio	ECF CHOICES	UnitedHealthcare Dual Complete® ONE Plus (HMO SNP)
Servicios para la audición adicionales	Cubiertos, si se trata de todos los cuidados preventivos Los adultos con TennCare que tienen 21 años o más de edad no tienen acceso a los servicios para la audición de rutina Los menores con TennCare que tienen menos de 21 años reciben servicios para la audición	Con cobertura
Cuidado de la vista adicional	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado quiropráctico	Cubiertos si se trata de servicios de TennCare para beneficiarios de la categoría QMB y para beneficiarios menores de 21 años Sin cobertura para beneficiarios que no son de la categoría QMB y que tienen 21 años o más de edad	Con cobertura
Servicios dentales	Cubiertos si se trata de servicios de TennCare para beneficiarios de la categoría QMB y para beneficiarios menores de 21 años Sin cobertura para beneficiarios que no son de la categoría QMB y que tienen 21 años o más de edad	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

Beneficio	ECF CHOICES	UnitedHealthcare Dual Complete® ONE Plus (HMO SNP)
Cuidado de emergencia	Con cobertura	Con cobertura
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
Centros de cuidados intermedios	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la salud mental	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	Con cobertura	Con cobertura
Beneficios de medicamentos con receta	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado preventivo	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de enfermería privada	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
Tennessee: Administración de casos de salud mental	Con cobertura	Con cobertura
Transporte (De rutina)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios requeridos de urgencia	Con cobertura	Con cobertura

Beneficio

ECF CHOICES

**UnitedHealthcare Dual
Complete® ONE Plus
(HMO SNP)**

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.

TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, salvo de la cantidad del costo compartido correspondiente. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.

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.

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.