

2013 Resumen de BENEFICIOS

UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO-POS SNP)

1 de enero de 2013 — 31 de diciembre de 2013

Iowa: Condados de Dallas, Polk, Warren

H2803-012



Sección 1

Introducción al resumen de beneficios

Le agradecemos su interés en el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP). Nuestro plan lo ofrece UNITEDHEALTHCARE INSURANCE COMPANY/UnitedHealthcare, un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) Medicare Advantage, con un punto de servicio (POS) que tiene contrato con el gobierno federal. Este plan está diseñado para personas que cumplen criterios específicos de inscripción.

Usted puede ser elegible para inscribirse en este plan si recibe asistencia del estado y Medicare. Todo costo compartido en este resumen de beneficios se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid.

Llame al plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) para averiguar si es elegible para inscribirse. Nuestro número se encuentra impreso al final de esta introducción. Este Resumen de Beneficios explica algunas características de nuestro plan. No lista todos los servicios que cubrimos ni menciona todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de nuestros beneficios, llame a la oficina del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) y pida la “Evidencia de Cobertura”.

Usted tiene opciones para el cuidado de su salud

Como beneficiario de Medicare, usted puede escoger entre distintas opciones de Medicare. Una opción es el plan Medicare Original de Pago-por-Servicio (fee-for-service). Otra opción es un plan de salud Medicare, como el UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP). También podría tener otras opciones. Usted elige. Sin importar lo que decida, usted seguirá todavía en el programa de Medicare.

Si es elegible para Medicare y Medicaid (doble elegibilidad) puede inscribirse o retirarse del mismo en cualquier momento.

Llame a la oficina del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) al número de teléfono que se encuentra impreso al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para mayor información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al teléfono 1-877-486-2048. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

¿Cómo puedo comparar mis opciones?

Use este Resumen de Beneficios para comparar el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) con el plan Medicare Original. Las tablas de este folleto contienen beneficios de salud importantes. Para cada beneficio, usted puede ver lo que nuestro

plan cubre y lo que el plan Medicare Original cubre.

Nuestros miembros reciben todos los beneficios que el plan Medicare Original ofrece. También ofrecemos más beneficios, los cuales podrían cambiar de un año a otro.

¿Dónde se ofrece el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)?

El área de servicio para este plan incluye: condados de Dallas, Polk, Warren, IA. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

¿Quién es elegible para inscribirse en el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)?

Usted puede inscribirse en el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) si reúne los requisitos para Medicare Parte A, si está inscrito en Medicare Parte B y vive en el área de servicio.

Sin embargo, los individuos con enfermedad renal en etapa final generalmente no son elegibles para inscribirse en el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzó su diálisis.

También debe recibir asistencia del estado para inscribirse en este plan.

Llame al plan para saber si es elegible para inscribirse.

¿Puedo elegir a mis doctores?

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) ha formado una red de doctores, especialistas y hospitales. Usted puede elegir a cualquier doctor que forme parte de nuestra red. En algunos casos, también puede consultar a doctores que estén fuera de nuestra red. Los proveedores de salud incluidos en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento.

Usted puede pedir un Directorio de Proveedores actualizado. Para obtener una lista actualizada, visítenos en www.UHCMedicareSolutions.com. Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra impreso al final de esta introducción.

¿Qué pasa si voy a un doctor que no está en su red?

Generalmente, usted debe acudir a los doctores que son parte de la red. Sin embargo, cubriremos la atención de cualquier proveedor en caso de cuidados de emergencia o requeridos de urgencia. Además, nuestro beneficio de punto de servicio le permite obtener atención de proveedores que no están en su red bajo ciertas condiciones. Para obtener más información, llame al número de servicio al cliente listado al final de esta introducción.

¿Dónde puedo surtir mis recetas médicas si me inscribo en el plan?

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) ha formado una red de farmacias. Debe ir a una de las farmacias de nuestra red para recibir los beneficios del plan. Es posible que no paguemos sus medicamentos con receta si usted va a una farmacia fuera de la red, excepto en ciertos casos. Las farmacias incluidas en nuestra red pueden cambiar en cualquier momento. Usted puede pedir un directorio de farmacias o visitar nuestro sitio de internet en www.UHCCCommunityPlan.com. Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra impreso al final de esta introducción.

¿Cubre mi plan los medicamentos de Medicare Parte B o Parte D?

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) cubre los medicamentos con receta de Medicare Parte B y Medicare Parte D.

¿Qué es un formulario de medicamentos con receta?

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) utiliza un formulario. Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos por su plan para satisfacer las necesidades de los pacientes. Periódicamente agregamos, quitamos o hacemos cambios a las limitaciones de cobertura de ciertos medicamentos, o cambiamos la cantidad que usted paga por un medicamento. Si hacemos algún cambio en el formulario que limita la habilidad de nuestros miembros de obtener sus recetas, notificaremos a los miembros afectados antes de que ocurra el cambio. Le enviaremos un formulario y también puede ver nuestro formulario completo en el sitio de internet www.UHCMedicareSolutions.com.

Si actualmente está tomando un medicamento que no esté en nuestro formulario o que esté sujeto a requisitos o límites adicionales, es posible que obtenga un suministro temporal del medicamento. Puede comunicarse con nosotros para solicitar una excepción o cambiar a un medicamento alternativo listado en nuestro formulario, con la ayuda de su doctor. Llámenos para ver si usted puede obtener un suministro temporal del medicamento o para obtener más detalles sobre nuestra política de transición de medicamentos.

¿Cómo puedo recibir ayuda extra para costear el plan de medicamentos con receta u otros costos de Medicare?

Es posible que usted pueda obtener ayuda extra para pagar las primas y los costos de los medicamentos con receta al igual que otros costos de Medicare. Para ver si reúne los requisitos para obtener ayuda extra, llame a:

* 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la

semana y consultar la sección “Programas para personas de bajos ingresos y recursos limitados” en la publicación “Medicare y Usted”.

* A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-800-325-0778 o

* A la oficina de Medicaid de su estado.

¿Cuáles son mis protecciones en este plan?

Todos los planes Medicare Advantage están de acuerdo en permanecer en el programa por un año calendario entero a la vez. Los beneficios del plan y el costo compartido pueden cambiar de un año calendario al otro. Cada año, los planes pueden decidir si continúan participando en Medicare Advantage. Un plan puede continuar en toda su área de servicio (zona geográfica donde el plan acepta miembros) o elegir continuar sólo en ciertas áreas. Además, Medicare puede decidir terminar su contrato con un plan. Aunque su plan Medicare Advantage decida salirse del programa, usted no perderá su cobertura de Medicare. Si un plan decide no continuar por un año calendario adicional, el plan debe enviarle una carta por lo menos 90 días antes de suspender su cobertura. En esta carta se explicarán sus opciones de cobertura Medicare en su área.

Como miembro del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP), usted tiene derecho a pedir una determinación de la organización, lo cual incluye el derecho de presentar una apelación si le negamos la cobertura de un artículo o servicio y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la organización si desea que proporcionemos o paguemos por un artículo o servicio que usted cree que debe estar cubierto. Si negamos la cobertura para el artículo o servicio que solicitó, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Usted puede pedirnos una determinación de cobertura expedita (rápida) o apelar si considera que la espera de una decisión podría poner en riesgo seriamente su vida o su salud o afectar su capacidad de recuperarse al máximo. Si su doctor

solicita o apoya una solicitud rápida, nosotros debemos agilizar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho a presentar una queja formal con nosotros si tiene algún problema con nosotros o con alguno de nuestros proveedores de la red, siempre que no tenga que ver con la cobertura de un artículo o servicio. Si su problema tiene que ver con la calidad del cuidado médico, usted también tiene el derecho de presentar una queja formal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) correspondiente a su estado. Remítase a la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener información del contacto con la QIO.

Como miembro del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP), usted tiene el derecho de solicitar una determinación de cobertura, lo cual incluye el derecho de solicitar una excepción, el derecho de presentar una apelación si le negamos la cobertura de un medicamento con receta, y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la cobertura si desea que paguemos por un medicamento de la Parte D que usted cree que debería estar cubierto. Una excepción es un tipo de determinación de la cobertura. Usted puede solicitar una excepción si cree que necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos cubiertos o si cree que debe obtener un medicamento no preferente a un menor desembolso. Usted puede también pedir una excepción a las reglas de costo y utilización, como la de un límite en la cantidad de un medicamento. Si cree que necesita una excepción, debe comunicarse con nosotros antes de tratar de obtener su receta en una farmacia. Su doctor debe presentar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si negamos la cobertura para sus medicamentos con receta, usted tiene el derecho de apelar y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de presentar una queja formal si tiene algún problema con nosotros o con alguna de nuestras farmacias de la red, siempre que no tenga que ver con la cobertura de un medicamento con receta. Si su problema tiene que ver con la calidad del cuidado médico, usted también tiene el derecho de presentar una queja formal ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, por sus siglas en inglés) correspondiente a su

estado. Remítase a la Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) para obtener información del contacto con la QIO.

¿Qué es un programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, por sus siglas en inglés)?

Un programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) es un servicio gratuito que ofrecemos. Usted puede ser invitado a participar en un programa diseñado para sus necesidades específicas de salud y farmacéuticas. Puede decidir no participar, pero se recomienda que aproveche al máximo este servicio cubierto si es seleccionado. Comuníquese con el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) para obtener más detalles.

¿Qué tipos de medicamentos pueden ser cubiertos por Medicare Parte B?

Algunos medicamentos con receta para pacientes ambulatorios pueden ser cubiertos por Medicare Parte B. Estos pueden incluir, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) para obtener más detalles.

- Algunos antígenos: Si son preparados por un doctor y administrados por una persona debidamente instruida (podría ser el paciente) bajo la supervisión de un doctor.
- Medicamentos para osteoporosis: Medicamentos inyectables para osteoporosis para algunas mujeres.
- Eritropoyetina (Epoyetina Alfa o Epogen®): Por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa final (falla renal permanente que requiera diálisis o trasplante) y necesita este medicamento para tratar la anemia.

- Factores de coagulación de hemofilia: Factores de coagulación autoadministrados si usted tiene hemofilia.

- Medicamentos inyectables: La mayoría de los medicamentos inyectables administrados en relación con el servicio de un médico.

- Inmunosupresores: Terapia con inmunosupresores para pacientes trasplantados, si el trasplante se llevó a cabo en un centro certificado por Medicare y el trasplante lo pagó Medicare o una aseguradora privada que actuó como pagador primario para su cobertura de Medicare Parte A.

- Algunos medicamentos orales para el cáncer: Si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.

- Medicamentos orales antináuseas: Si usted participa en un régimen quimioterapéutico contra cáncer.

- Medicamentos de inhalación e infusión administrados a través de un Equipo Médico Duradero.

¿Dónde puedo encontrar información sobre la calificación de los planes?

El programa Medicare califica la eficacia de los planes en distintas categorías (por ejemplo, detección y prevención de enfermedades, calificaciones recibidas de los pacientes y del servicio al cliente). Si usted tiene acceso a internet, puede usar las herramientas que se encuentran en www.medicare.gov y seleccionar "Planes de Salud y de Medicamentos", luego "Comparar Planes de Salud y de Medicamentos" para comparar las calificaciones de los planes Medicare en su área. También puede llamarnos directamente para pedir una copia de las calificaciones de este plan. A continuación se indica nuestro número de servicio al cliente.

Llame a la oficina de UnitedHealthcare para obtener más información sobre el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP).

Visítenos en www.UHCCCommunityPlan.com o llámenos:

Horario de atención del Servicio al Cliente del 1 de octubre al 14 de febrero:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, de 8:00 a.m a 8:00 p.m., hora Local

Horario de atención del Servicio al Cliente del 15 de febrero al 30 de septiembre:

Domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado, de 8:00 a.m a 8:00 p.m., hora Local

Los miembros actuales deben llamar al teléfono de larga distancia gratuita **1-866-480-1086** si tienen preguntas relacionadas con los programas de medicamentos con receta de Medicare Parte D y Medicare Advantage. (TTY/TDD 711)

Los miembros futuros deben llamar al teléfono de larga distancia gratuita **1-888-834-3721** si tienen preguntas relacionadas con los programas de medicamentos con receta de Medicare Parte D y Medicare Advantage. (TTY/TDD 711)

Para obtener más información sobre Medicare, llame al número de Medicare 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. O bien, visítenos en nuestro sitio de internet www.medicare.gov.

Es posible que este documento esté disponible en otros formatos, tales como Braille, en formato de letras grandes u otros formatos alternativos.

Es posible que este documento esté disponible en otro idioma. Para información adicional, llame al Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece arriba.

Este documento puede estar disponible en un idioma que no sea inglés. Para obtener más información, llame a servicio al cliente al número de teléfono que aparece arriba.

Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios o costos de este plan, pida detalles a UnitedHealthcare.

Sección 2

Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
Información Importante		
<p>1 Primas e información adicional importante</p>	<p>La cantidad del costo compartido de Medicare puede variar basado en su nivel de elegibilidad de Medicaid.</p> <p>En el 2012 la prima mensual de la Parte B era de \$0 ó \$99.90 y cambiará para el 2013 y la cantidad deducible anual de la Parte B era de \$0 ó \$140 y cambiará para el 2013.*</p> <p>Si un doctor o proveedor no acepta asignaciones de Medicare, por lo general sus costos son más altos, lo que significa que usted paga más.</p>	<p>General</p> <p>* Dependiendo de su nivel de elegibilidad de Medicaid, es posible que no tenga que pagar costo compartido por los servicios de Medicare Original</p> <p>\$28.40 de prima mensual del plan además de la prima mensual de Medicare Parte B.*</p> <p>Dentro de la red</p> <p>\$6,700 de límite de desembolso personal por los servicios cubiertos por Medicare.*</p> <p>Dentro y fuera de la red</p> <p>En el 2012 la cantidad del deducible anual de la Parte B era \$0 ó \$140 y podría cambiar para el 2013.* Comuníquese con la organización del plan para informarse de los servicios que le corresponden.</p>
<p>2 Opción de doctor y hospital</p> <p>(Para mayor información, vea Cuidado de emergencia - #15 y Cuidado requerido de urgencia - #16.)</p>	<p>Puede ir a cualquier doctor, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No es necesario tener una referencia para ir a doctores, especialistas y hospitales de la red.</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
-----------	-------------------	--

Resumen de Beneficios

Cuidado para Pacientes Hospitalizados

<p>3 Cuidado para pacientes hospitalizados (incluye servicios de abuso de sustancias y rehabilitación)</p>	<p>En el 2012 las cantidades para cada período de beneficios eran \$0 ó:</p> <p>Días 1 - 60: \$1156 de deducible*</p> <p>Días 61 - 90: \$289 por día*</p> <p>Días 91 - 150: \$578 por día de reserva, por vida*</p> <p>Estas cantidades podrían cambiar para el 2013.</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir información sobre los días de reserva, por vida. Los días de reserva por vida solamente pueden usarse una vez.</p> <p>El “período de beneficios” comienza el día que lo internan en un hospital o en una instalación de enfermería especializada. Termina cuando pasan 60 días seguidos sin cuidados en el hospital o la instalación de enfermería especializada. Si lo internan en el hospital después que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No existe límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>No existe límite en la cantidad de días con cobertura del plan por cada estadía en el hospital.</p> <p>\$0 ó \$1,188 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por cada día adicional de hospitalización.</p>
--	--	--

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
<p>4 Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados</p>	<p>En el 2012 las cantidades para cada período de beneficios eran \$0 ó:</p> <p>Días 1 - 60: \$1156 de deducible*</p> <p>Días 61 - 90: \$289 por día*</p> <p>Días 91 - 150: \$578 por día de reserva, por vida*</p> <p>Estas cantidades podrían cambiar para el 2013.</p> <p>Usted puede tener hasta 190 días de hospitalización en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado se consideran para el límite de 190 días por vida, sólo si se cumplen ciertas condiciones. Este límite no se considera en el caso de servicios psiquiátricos como paciente hospitalizado suministrados en un hospital general.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>Usted puede tener hasta 190 días de hospitalización en un hospital psiquiátrico una vez en la vida. Los servicios en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado se consideran para el límite de 190 días por vida, sólo si se cumplen ciertas condiciones. Este límite no se considera en el caso de servicios psiquiátricos como paciente hospitalizado suministrados en un hospital general.</p> <p>\$0 ó \$1,188 de copago por cada hospitalización cubierta por Medicare*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
<p>5 Instalación de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</p> <p>(en una instalación de enfermería especializada certificada por Medicare)</p>	<p>En el 2012 las cantidades para cada período de beneficios después de una estadía en el hospital cubierta de por lo menos 3 días eran:</p> <p>Días 1 - 20: \$0 por día*</p> <p>Días 21 - 100: \$0 ó \$144.50 por día*</p> <p>Estas cantidades cambiarán para el 2013.</p> <p>100 días por cada período de beneficios.</p> <p>Un “período de beneficios” comienza el día que lo internan en un hospital o en una instalación de enfermería especializada (SNF). Termina cuando pasan 60 días seguidos sin cuidados en el hospital o la instalación de enfermería especializada. Si lo internan en el hospital después que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible de hospitalización por cada período de beneficios. No existe límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios</p> <p>No es necesario que lo hayan hospitalizado antes.</p> <p>En el 2012 las cantidades para cada período de beneficios eran:</p> <p>\$0 ó:</p> <p>Días 1 - 20: \$0 por día*</p> <p>Días 21 - 100: \$144.50 por día*</p> <p>Estas cantidades podrían cambiar para el 2013.</p> <p>No se le cobrará costo compartido adicional por los servicios profesionales</p>
<p>6 Cuidado de la salud a domicilio</p> <p>(incluye el cuidado intermitente de enfermería especializada médicamente necesario, servicios de auxiliar para el cuidado de salud a domicilio, servicios de rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 de copago.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por cada visita de cuidado de la salud a domicilio cubierta por Medicare*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
7 Hospicio	<p>Usted paga parte del costo por medicamentos como paciente ambulatorio y podría pagar parte del costo por el cuidado temporal para pacientes hospitalizados a fin de aliviar la carga a los familiares.</p> <p>Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.</p>	<p>General</p> <p>Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare. Su plan pagará por una visita de consulta antes de que usted seleccione el hospicio.</p>

Cuidado para Pacientes Ambulatorios

8 Visitas al consultorio médico	0% ó 20% de coseguro	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por cada consulta con su médico de cuidado primario.*</p> <p>0% ó 20% del costo por cada consulta con un especialista.*</p>
9 Servicios de un quiropráctico	<p>Cuidado rutinario complementario no cubierto</p> <p>0% ó 20% de coseguro para la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones (el desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es con un quiropráctico o algún otro proveedor calificado.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por cada visita al quiropráctico cubierta por Medicare*</p> <p>Las visitas al quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación de la columna vertebral para corregir subluxaciones (el desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) si es con un quiropráctico.</p>
10 Servicios de podiatría	<p>No se cubre el cuidado rutinario suplementario.</p> <p>0% ó 20% de coseguro por el cuidado médicamente necesario de los pies, incluyendo el cuidado de condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por cada consulta de podiatría cubierta por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por 4 consultas rutinarias complementarias de podiatría como máximo, cada año</p> <p>Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado médicamente necesario de los pies.</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
<p>11 Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios</p>	<p>0% ó 35% de coseguro por la mayoría de los servicios de salud mental para paciente ambulatorio</p> <p>0% ó 35% de coseguro de la cantidad aprobada por Medicare por cada servicio que recibe de un profesional calificado como parte de un Programa de hospitalización parcial.</p> <p>El “Programa de hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo para pacientes ambulatorios, que es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio del médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización del paciente.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por los servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare*</p>
<p>12 Cuidado a pacientes ambulatorios que abusan de sustancias</p>	<p>0% ó 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por las visitas para tratamiento individual ambulatorio de abuso de sustancias cubiertas por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por las visitas para tratamiento grupal ambulatorio de abuso de sustancias cubiertas por Medicare*</p>
<p>13 Servicios para pacientes ambulatorios</p>	<p>0% ó 20% de coseguro por los servicios del doctor</p> <p>Copago específico por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. El copago no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A.</p> <p>0% ó 20% de coseguro por servicios en un centro de cirugía ambulatoria</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por cada visita al centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por cada visita al hospital como paciente ambulatorio cubierta por Medicare*</p>
<p>14 Servicios de ambulancia</p> <p>(servicios de ambulancia médicamente necesarios)</p>	<p>0% ó 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por los beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
<p>15 Cuidado de emergencia</p> <p>(puede ir a cualquier sala de emergencias si lo considera necesario y razonable).</p>	<p>0% ó 20% de coseguro por los servicios del doctor</p> <p>Copago especificado por los servicios de emergencia en un hospital como paciente ambulatorio.</p> <p>El copago por los servicios de emergencia no puede exceder el deducible de hospitalización de la Parte A en el caso de cada servicio provisto por el hospital.</p> <p>Usted no tiene que pagar el copago correspondiente a sala de emergencia si lo internan en el hospital como paciente hospitalizado por la misma condición dentro de 3 días después de la visita a la sala de emergencia.</p> <p>No está cubierto fuera de Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General</p> <p>\$0 ó \$65 de copago por visitas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare*</p> <p>Cobertura mundial.</p> <p>Si lo admiten en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma condición, pagará \$0 por la visita a la sala de emergencias.</p>
<p>16 Cuidado requerido de urgencia</p> <p>(esto NO ES cuidado de emergencia y, en la mayoría de los casos, está fuera del área de servicio)</p>	<p>0% ó 20% de coseguro</p> <p>NO ESTÁ cubierto fuera de Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p>General</p> <p>0% ó 20% del costo por consultas de cuidado requerido de urgencia cubiertas por Medicare*</p>
<p>17 Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>(terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla y del lenguaje)</p>	<p>0% ó 20% de coseguro</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por consultas de terapia física y/o del habla/lenguaje cubiertas por Medicare*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
Servicios Médicos Ambulatorios y Suministros		
18 Equipo médico duradero (incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	0% ó 20% de coseguro	Dentro de la red 0% ó 20% del costo por el equipo médico duradero cubierto por Medicare*
19 Aparatos protésicos (incluye frenillos, extremidades y ojos artificiales, etc.)	0% ó 20% de coseguro	Dentro de la red 0% ó 20% del costo por aparatos protésicos cubiertos por Medicare*
20 Programas y suministros para la diabetes	0% ó 20% de coseguro por capacitación para el autocontrol de la diabetes 0% ó 20% de coseguro por suministros para la diabetes 0% ó 20% de coseguro para zapatos o insertos terapéuticos para la diabetes	Dentro de la red \$0 de copago por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare* \$0 de copago por los suministros de control de la diabetes cubiertos por Medicare* 0% ó 20% del costo por zapatos o insertos terapéuticos cubiertos por Medicare*

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
<p>21 Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</p>	<p>0% ó 20% de coseguro por las pruebas de diagnóstico y radiografías</p> <p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubre los servicios de laboratorio de diagnóstico, medicamento necesarios, que ordene el doctor que lo esté tratando cuando los mismos los proporcione un laboratorio certificado según las normas de las Enmiendas de Mejoras de Laboratorios Clínicos (CLIA, por sus siglas en inglés) que participe en Medicare. Los servicios de laboratorio de diagnóstico se hacen para ayudar a su doctor a diagnosticar o eliminar una enfermedad o problema de salud que se sospecha que tiene. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de evaluación rutinarias, complementarias, como la medición de su nivel de colesterol.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por los procedimientos y pruebas de diagnóstico cubiertos por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por las radiografías cubiertas por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por los servicios de radiología de diagnóstico cubiertos por Medicare (se excluyen las radiografías)*</p> <p>0% ó 20% del costo por los servicios de radiología terapéutica cubiertos por Medicare*</p>
<p>22 Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</p>	<p>0% ó 20% de coseguro por servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>0% ó 20% de coseguro por servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>0% ó 20% de coseguro por servicio de rehabilitación cardíaca intensiva</p> <p>Esto tiene validez para servicios del programa provistos en un consultorio médico. Costo compartido especificado por servicios del programa provistos por departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare*</p> <p>0% ó 20% del costo por los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
Servicios Preventivos, Programas de Bienestar/Educación y otros Beneficios Complementarios.		
<p>23 Servicios preventivos, programas de bienestar/educación y otros beneficios complementarios</p>	<p>Sin coseguro, copago o deducible para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de aneurisma aórtico abdominal • Medición de la densidad ósea. Cubierto una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es médicamente necesario) si usted presenta ciertas condiciones médicas. • Evaluación cardiovascular • Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina. Cubiertas cada 2 años. Cubiertos una vez al año para mujeres con Medicare que corren un alto riesgo. • Examen de detección de cáncer colorrectal <ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de diabetes • Vacuna contra la influenza • Vacuna contra la hepatitis B para personas con Medicare que corren riesgo • Examen de detección de VIH. \$0 de copago por examen de detección de VIH, pero usted generalmente paga 20% del monto aprobado por Medicare por la consulta médica. El examen de detección de VIH tiene cobertura para las personas con Medicare que están embarazadas y las personas con un mayor riesgo de contraer la infección, incluso para todo aquel que solicite el examen. Medicare cubre este examen una vez cada 12 meses o hasta un máximo de tres veces durante un embarazo. <p>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía). Medicare cubre las mamografías de evaluación una vez cada 12 meses para todas las mujeres con Medicare de 40 años y más. Medicare cubre una mamografía de línea de base para las mujeres entre 35 y 39 años.</p>	<p>General</p> <p>\$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos bajo Medicare Original a cero costo compartido.</p> <p>Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare a mediados de año serán cubiertos por el plan o por Medicare Original.</p> <p>Dentro de la red</p> <p>El plan cubre un examen físico cada año.</p> <p>El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de terapia de nutrición médica La terapia de nutrición es para las personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no están en diálisis ni han tenido un trasplante de riñón) cuando son referidas por un doctor. Estos servicios los puede dar un dietista registrado y pueden incluir una evaluación nutricional y asesoramiento para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad renal • Plan de servicios de prevención personalizada (consultas de Bienestar Anual) • Vacuna neumocócica. Es posible que necesite la vacuna neumocócica una vez en toda su vida. Consulte a su doctor si desea más información. • Examen de detección de cáncer de próstata — Prueba de antígeno prostático específico (PSA) solamente. Cubierto una vez al año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años. <p>Tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar) Cubierto si lo ordena su doctor. Incluye dos intentos de asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones para detección y asesoramiento de la salud mental durante el cuidado primario para reducir el abuso del alcohol • Detección de depresión en adultos • Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento de alta intensidad para prevenir las ITS • Asesoramiento intensivo en relación con enfermedades cardiovasculares (semestral) • Terapia conductual intensiva de la obesidad 	

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
	<p>• Visitas preventivas de Bienvenido a Medicare (examen físico preventivo inicial) Cuando se inscribe en Medicare Parte B, entonces es elegible de la siguiente manera. Durante los primeros 12 meses de su nueva cobertura de la Parte B, usted puede obtener un examen físico Bienvenido a Medicare o una Consulta de Bienestar Anual. Después de los primeros 12 meses, usted puede tener una Consulta de Bienestar Anual cada 12 meses.</p>	
<p>24 Enfermedad y problemas renales</p>	<p>0% ó 20% de coseguro por diálisis renal</p> <p>0% ó 20% de coseguro por servicios de educación sobre la enfermedad renal</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>0% ó 20% del costo por diálisis renal cubierta por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por servicios de educación sobre la enfermedad renal cubiertos por Medicare*</p>

Beneficios de Medicamentos con Receta

<p>25 Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios</p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Medicare Original. Usted puede añadir cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Por otra parte, puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluyendo la cobertura de medicamentos con receta, si se inscribe en un plan Medicare Advantage o en un plan Medicare Cost que ofrece cobertura de medicamentos con receta.</p>	<p>Medicamentos cubiertos por Medicare Parte B</p> <p>General</p> <p>\$0 de deducible anual por medicamentos de Medicare Parte B.*</p> <p>0% ó 20% del costo por medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos de la Parte B cubiertos por Medicare.*</p> <p>Medicamentos cubiertos bajo Medicare Parte D</p> <p>General</p> <p>Este plan utiliza un formulario. La organización del plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en el sitio de internet www.UHCMedicareSolutions.com.</p> <p>Es posible que se apliquen distintos costos de desembolso personal a las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> •tienen ingresos limitados, •viven en instalaciones de cuidado a largo plazo, o
--	---	---

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
		<p>•tienen acceso a proveedores del programa de atención de Indígenas/ Tribales/Urbanos (Indian Health Service).</p> <p>El plan ofrece cobertura de recetas dentro de la red a nivel nacional (es decir, en los 50 estados y el Distrito de Columbia). Esto significa que usted pagará la misma cantidad del costo compartido por sus medicamentos con receta si los obtiene en una farmacia dentro de la red, fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p> <p>Los costos anuales totales de medicamentos son los costos totales de los medicamentos pagados por usted, el plan y Medicare.</p> <p>El plan puede exigirle que primero pruebe un medicamento para tratar su afección antes de que cubra otro medicamento para dicha afección.</p> <p>Su proveedor debe obtener primero la autorización del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) para ciertos medicamentos.</p> <p>Usted debe ir a ciertas farmacias por un número muy limitado de medicamentos, debido a manejo especial, coordinación de proveedores o requisitos de educación del paciente que la mayoría de las farmacias de su red no pueden ofrecer. Estos medicamentos están enumerados en el sitio de internet del plan, en el formulario, en los materiales impresos, así como en el buscador del plan de medicamentos con receta de Medicare en Medicare.gov.</p> <p>Si el costo real del medicamento es menor que la cantidad normal del costo compartido para ese medicamento, usted pagará el costo real y no la cantidad más elevada del costo compartido.</p> <p>Dentro de la red Usted paga un deducible anual de \$0.</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
		<p>Cobertura inicial Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>Por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$1.15 de copago o • \$2.65 de copago <p>Por todos los demás medicamentos, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$3.50 de copago o • \$6.60 de copago. <p>Farmacia de venta al por menor Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministro para un mes (31 días) • suministro para tres meses (90 días) <p>Farmacia de cuidado a largo plazo Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministro para un mes (31 días) de medicamentos genéricos • suministro para 31 días de medicamentos de marca. <p>Tenga presente que los medicamentos de marca se deben dispensar de un modo gradual en las instalaciones de cuidado a largo plazo. Los medicamentos genéricos se pueden dispensar de un modo gradual. Póngase en contacto con su plan respecto a la facturación/cobro del costo compartido cuando se dispensa un suministro de menos de un mes.</p> <p>Farmacia de medicamentos por correo Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministro para tres meses (90 días)

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
		<p>Cobertura de gastos médicos mayores Después de que su desembolso personal anual en medicamentos alcanza \$4,750, usted paga \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la red Los medicamentos del plan pueden estar cubiertos en circunstancias especiales; por ejemplo, en caso de enfermedad cuando viaja fuera del área de servicio del plan y no hay una farmacia de la red. Es posible que tenga que pagar una cantidad mayor que el costo compartido que le corresponde, si obtiene sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Además, posiblemente tendrá que pagar el cargo completo de la farmacia por el medicamento y enviar la documentación para recibir el reembolso del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP).</p> <p>Puede obtener medicamentos fuera de la red de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • suministro para un mes (31 días) <p>Cobertura inicial fuera de la red Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP) le reembolsará hasta el costo del medicamento del plan, menos lo siguiente:</p> <p>Por genéricos comprados fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$1.15 de copago o • \$2.65 de copago <p>Por todos los demás medicamentos comprados fuera de la red, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$3.50 de copago o • \$6.60 de copago.

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
		<p>Cobertura de gastos médicos mayores fuera de la red</p> <p>Después de que sus costos de desembolso personal anual por medicamentos alcanzan \$4,750, le reembolsarán en su totalidad el costo de los medicamentos comprados fuera de la red.</p>
Servicios Médicos Ambulatorios y Suministros		
26 Servicios dentales	<p>Los servicios dentales preventivos (como la limpieza) no están cubiertos.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En general, los beneficios dentales preventivos (por ejemplo, la limpieza) no tienen cobertura.</p> <p>0% ó 20% del costo por los beneficios dentales cubiertos por Medicare*</p>
27 Servicios de audición	<p>Los exámenes de audición rutinarios complementarios y los aparatos auditivos no están cubiertos.</p> <p>0% ó 20% de coseguro por exámenes de diagnóstico de audición.</p>	<p>Dentro de la red</p> <p>En general, los exámenes rutinarios complementarios de audición y los aparatos auditivos no están cubiertos.</p> <p>0% ó 20% del costo para los exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare*</p>
28 Servicios de la vista	<p>0% ó 20% de coseguro por el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones del ojo.</p> <p>Los exámenes de la vista rutinarios complementarios y los lentes no están cubiertos.</p> <p>Medicare paga el equivalente a un par de lentes o lentes de contacto después de una operación de cataratas.</p> <p>Los exámenes de glaucoma anuales tienen cobertura para las personas en riesgo.</p>	<p>Dentro de la red</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago por un par de lentes o lentes de contacto después de una operación de cataratas cubiertos por Medicare* • 0% ó 20% del costo por exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos cubiertos por Medicare.* • \$0 de copago por 1 examen rutinario complementario de la vista como máximo cada año • \$0 de copago por lentes de contacto • \$0 de copago por 1 par de lentes como máximo cada dos años • \$0 de copago por 1 marco como máximo cada dos años <p>\$150 de límite de cobertura del plan por lentes y lentes de contacto cada dos años.</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
29 Artículos de venta sin receta	Sin cobertura.	<p>General</p> <p>Visite el sitio de internet de nuestro plan para ver la lista de artículos de venta sin receta que están cubiertos.</p> <p>Sólo el miembro está autorizado para comprar los artículos de venta sin receta.</p> <p>Sírvase comunicarse con el plan para las instrucciones específicas para usar este beneficio.</p>
30 Transporte (rutinario)	Sin cobertura.	<p>Dentro de la red</p> <p>\$0 de copago hasta 24 viajes de ida al lugar aprobado por el plan cada año</p>
31 Acupuntura	Sin cobertura.	<p>Dentro de la red</p> <p>Este plan no cubre la acupuntura.</p>
32 Punto de servicio	Usted puede ir a cualquier médico especialista u hospital que acepte Medicare.	<p>Fuera de la red</p> <p>Se ofrece cobertura de Punto de Servicio para los beneficios siguientes:</p> <p>Cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización de paciente grave • Hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado • Instalación de Enfermería Especializada (SNF, por sus siglas en inglés) • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva • Servicios de rehabilitación pulmonar • Hospitalización parcial • Servicios de cuidado de la salud a domicilio • Servicios de médico de cuidado primario • Servicios de un quiropráctico • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de médico especialista • Servicios especializados de salud mental • Servicios de podiatría • Otro profesional de cuidado médico • Servicios psiquiátricos

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de terapia física y de patología del habla/lenguaje • Procedimientos/Pruebas de diagnóstico/Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios • Servicios de radiología de diagnóstico • Servicios de radiología terapéuticos • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios de centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés) • Cuidado a pacientes ambulatorios que abusan de sustancias • Servicios de sangre para pacientes ambulatorios • Servicios de ambulancia • Equipo Médico Duradero (DME) • Suministros protésicos/médicos • Suministros y servicios para la diabetes • Enfermedad renal en etapa terminal • Servicios preventivos cubiertos por Medicare • Servicios de educación sobre enfermedad renal • Capacitación para el autocontrol de la diabetes • Medicamentos con receta de Medicare Parte B • Atención dental completa • Exámenes de la vista • Lentes y lentes de contacto • Exámenes de audición <p>Complementarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de podiatría • Servicios de sangre para pacientes ambulatorios <p>30% del costo por estadía en hospital.</p> <p>30% del costo por estadía en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado.</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
		<p>30% del costo por cada estadía en SNF.</p> <p>30% del costo de</p> <p>Cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardíaca • Servicios de rehabilitación cardíaca intensiva • Servicios de rehabilitación pulmonar • Hospitalización parcial • Servicios de cuidado de la salud a domicilio • Servicios de médico de cuidado primario • Servicios de un quiropráctico • Servicios de terapia ocupacional • Servicios de médico especialista • Servicios especializados de salud mental • Servicios de podiatría • Otro profesional de cuidado médico • Servicios psiquiátricos • Servicios de terapia física y de patología del habla/lenguaje • Servicios de radiología de diagnóstico • Servicios de radiología terapéuticos • Radiografías para pacientes ambulatorios • Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios • Servicios de centro de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés) • Cuidado a pacientes ambulatorios que abusan de sustancias • Servicios de sangre para pacientes ambulatorios • Servicios de ambulancia • Equipo Médico Duradero (DME) • Suministros protésicos/médicos • Suministros y servicios para la diabetes • Servicios de educación sobre enfermedad renal • Capacitación para el autocontrol de la diabetes

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
		<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos con receta de Medicare Parte B • Atención dental completa • Exámenes de la vista • Exámenes de audición <p>Complementarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de podiatría • Servicios de sangre para pacientes ambulatorios <p>0% a 30% del costo por</p> <p>Cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos/Pruebas de diagnóstico/Servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios • Servicios preventivos cubiertos por Medicare <p>\$0 de copago por</p> <p>Cubiertos por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lentes y lentes de contacto <p>20% del costo por</p> <p>Cubierto por Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad renal en etapa final

Beneficios de Medicaid

Beneficios adicionales para los miembros con Medicare y Medicaid

Para que usted entienda mejor sus opciones de cuidado de la salud, la siguiente tabla describe el costo para el miembro de ciertos servicios bajo el Medicaid del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska y como miembro con doble elegibilidad (un miembro que califica para Medicare (Parte A y Parte B) y que recibe ayuda de Medicaid).

El costo compartido de Medicare incluye:

- Copagos
- Coseguro
- Deducibles

Su responsabilidad financiera del costo compartido de Medicare se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid. A continuación se enumeran las categorías de beneficios y el tipo de asistencia de Medicaid:

- Beneficiario Calificado de Medicare (QMB, por sus siglas en inglés) – \$0, su costo compartido de Medicare será pagado por Medicaid a menos que abajo se indique otra cosa.
- Beneficiario de Doble Elegibilidad con Beneficios Completos No-QMB (FBDE, por sus siglas en inglés) con Medicare Parte A y Parte B – su costo compartido de Medicare será pagado por Medicaid sólo si el beneficio también tiene cobertura de Medicaid (se pueden aplicar copagos si se indica en la tabla de abajo). Por ejemplo, si los servicios de un quiropráctico no tienen cobertura de Medicaid, usted es responsable de pagar el costo compartido de Medicare.
- Si no está inscrito en un plan de salud de Medicaid ni recibe beneficios médicos de Medicaid, pero recibe ayuda para costear la prima de Medicare de Medicaid, usted es responsable de todo su costo compartido de Medicare. Remítase a la Sección II de este documento para ver su responsabilidad financiera del costo compartido.

A continuación se presenta un resumen de su responsabilidad financiera del costo compartido de Medicare por los servicios cubiertos por Medicaid:

Resumen de Beneficios Contract H2803, Plan 012

Categoría de beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
Servicios cubiertos por Medicare		
Atención para pacientes hospitalizados	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Atención de salud mental para paciente hospitalizado	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Instalación de enfermería especializada (SNF)	\$0 Medicaid cubre los días adicionales más allá del límite de 100 días de Medicare	Dentro de la red \$0 de copago El plan cubre hasta 100 días por cada período del beneficio.

Categoría de beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
Cuidado de la salud a domicilio	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Hospicio	\$0	Usted debe recibir el cuidado de un hospicio certificado por Medicare.
Visitas al consultorio	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de un quiropráctico	\$1	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de podiatría	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Cuidado de salud mental para paciente ambulatorio	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Cuidado a pacientes ambulatorios que abusan de sustancias	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios/cirugía para paciente ambulatorio	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de ambulancia	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Cuidado de emergencia	\$0	\$0 de copago
Cuidado requerido de urgencia	\$0	\$0 de copago
Servicios de rehabilitación para paciente ambulatorio	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Equipo médico durable	\$3 por equipo especificado de más de \$50	Dentro de la red \$0 de copago
Aparatos protésicos	\$3 por equipo especificado de más de \$50	Dentro de la red \$0 de copago
Capacitación para autocontrol de la diabetes, terapia de nutrición y suministros	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Medición de la	\$0	Dentro de la red

Categoría de beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
densidad ósea		\$0 de copago
Exámenes de evaluación colorrectal	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Vacunas	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Mamografías	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Prueba de Papanicolau y exámenes pélvicos	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Exámenes de evaluación de cáncer de próstata	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Enfermedad renal en etapa final	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Medicamentos con receta	La Parte D no tiene cobertura	Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga lo siguiente: Por genéricos comprados fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$1.15 de copago o • \$2.65 de copago Por todos los demás medicamentos comprados fuera de la red, ya sea: <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$3.50 de copago o • \$6.60 de copago
Servicios dentales	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de audición	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de la vista	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Examen Bienvenido a Medicare; y Consulta de Bienestar Anual	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios adicionales no cubiertos por Medicare		
Sevicios de podiatría	\$1	Dentro de la red

Categoría de beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
adicionales		Incluye 4 visitas rutinarias por año. Vea la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.
Servicios de la vista adicionales	\$2	Dentro de la red Incluye examen rutinario de la vista y crédito por lentes y lentes de contacto. Vea la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.
Educación de salud/bienestar	Sin cobertura	Dentro de la red Incluye materiales impresos de educación, como por ejemplo, boletines. El plan también incluye el beneficio de una línea informativa de enfermería las 24 horas. Vea la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.
Transporte (rutinario)	\$0	Dentro de la red Incluye 24 viajes de ida a lugares aprobados por el plan. Vea la Sección 2 para los detalles adicionales del beneficio.
Acupuntura	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios solamente de Medicaid		
Los servicios enumerados más abajo se ofrecen solamente bajo Medicaid para las personas que reúnen los requisitos de cobertura completa de Medicaid.		
Servicios de planificación familiar	\$0 de copago	Sin cobertura
Servicios de enfermería privados	\$0 de copago	Sin cobertura
Paciente hospitalizado/SNF/ICF para el tratamiento de enfermedades mentales	\$0 de copago	Sin cobertura
Servicios psiquiátricos para paciente hospitalizado (menores de 21 años)	\$0 de copago	Sin cobertura
Instalación de cuidado intermedio para personas con retraso mental (ICF/MR, por	\$0 de copago	Sin cobertura

Categoría de beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS SNP)
sus siglas en inglés)		

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-480-1086. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-866-480-1086. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电1-866-480-1086。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-866-480-1086。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-866-480-1086. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-866-480-1086. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-866-480-1086 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-866-480-1086. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-866-480-1086번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-866-480-1086. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: فوري، مترجم على للحصول لدينا الأدوية جدول أو بالصحة تتعلق أسئلة أي عن للإجابة المجانية الفوري المترجم خدمات نقدم إننا مجانية خدمة هذه بمساعدتك العربية يتحدث ما شخص سيقوم. 1-866-480-1086 على بنا الاتصال سوى عليك ليس

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-866-480-1086. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugues: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através

do número 1-866-480-1086. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-480-1086. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-866-480-1086. Ta usługa jest bezpłatna.

Hindi: हमारे सुवास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-480-1086 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-866-480-1086にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。