

# 2014 Resumen de BENEFICIOS

1 de enero de 2014 — 31 de diciembre de 2014

**UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)**

**MICHIGAN**

Condados de Kalamazoo, Macomb, Oakland, Wayne

**H6952 - 002**



# Sección I

## Introducción al Resumen de Beneficios

Le agradecemos su interés en el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP). Nuestro plan lo ofrece UNITEDHEALTHCARE COMMUNITY PLAN, INC que también se denomina UnitedHealthcare Community Plan, un Plan de Necesidades Especiales (SNP, por sus siglas en inglés) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) Medicare Advantage, que tiene contrato con el gobierno federal. Este plan está diseñado para personas que cumplen criterios específicos de inscripción.

Usted puede reunir los requisitos 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. Por favor llame a UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP) para averiguar si reúne los requisitos para inscribirse. Nuestro número está 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, por favor llame a la oficina del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO 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 Tarifa por Servicio (fee-for-service). Otra opción es un plan de salud Medicare, como el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP). También podría tener otras opciones. Usted elige. Sin importar lo que decida, usted seguirá todavía en el programa de Medicare.

Si reúne los requisitos para Medicare y Medicaid (elegibilidad doble) puede inscribirse o retirarse del mismo en cualquier momento. Por favor llame a la oficina del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP) al número de teléfono que está impreso al final de esta introducción o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para más información. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 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 SNP) con el plan Medicare Original. Las tablas de esta guía 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 SNP)?**

El área de servicio para este plan incluye: condados de Kalamazoo, Macomb, Oakland y Wayne, MI. Usted debe vivir en una de estas áreas para inscribirse en el plan.

### **¿Quién reúne los requisitos para inscribirse en el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)?**

Usted puede inscribirse en el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP) si tiene derecho a la Parte A de Medicare, si está inscrito en la Parte B de Medicare y vive en el área de servicio. Sin embargo, los individuos con enfermedad renal en etapa terminal generalmente no reúnen los requisitos para inscribirse en el plan

UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP), a menos que sean miembros de nuestra organización y lo hayan sido desde que comenzó su diálisis.

También debe estar inscrito en el programa Department of Community Health (Medicaid) para inscribirse en este plan. Por favor llame al plan para saber si reúne los requisitos para inscribirse.

### **¿Puedo elegir a mis médicos?**

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP) ha formado una red de médicos, especialistas y hospitales. Usted solamente puede elegir a médicos que formen parte 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 el internet en <http://www.UHCCCommunityPlan.com>. Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra impreso al final de esta introducción.

### **¿Qué pasa si voy a un médico que no está en su red?**

Si elige ir a un médico fuera de nuestra red, debe pagar esos servicios usted mismo. Ni el plan ni el plan Medicare Original pagarán esos servicios, salvo en determinadas situaciones (por ejemplo, cuidado de emergencia).

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

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO 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 recetados 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 visitarnos en el internet en <http://www.UHCCCommunityPlan.com>. Nuestro número de Servicio al Cliente se encuentra impreso al final de esta introducción.

### **¿Qué pasa si mi médico me receta un suministro de menos de un mes?**

En consulta con su médico o farmacéutico, usted podría recibir un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos. Además, si usted vive en una instalación de cuidado a largo plazo, recibirá un suministro de menos de un mes de ciertos medicamentos de marca y genéricos. El suministro de menos medicamentos en algún momento puede ayudar a reducir el costo y el despilfarro al programa de la Parte D de Medicare, cuando esto sea médicamente apropiado. La cantidad que usted paga en estos casos dependerá de si usted es responsable de pagar un coaseguro (un porcentaje del costo de un medicamento) o un copago (un importe fijo por el medicamento). Si usted es responsable del coaseguro, continuará pagando el porcentaje correspondiente del costo del medicamento. Si es responsable del copago, se aplicará una “tarifa diaria de costo compartido”. Si su médico decide continuar el medicamento después del período de prueba, no debería pagar más por un suministro de un mes de lo que de otra manera hubiese pagado. Póngase en contacto con su plan si tiene preguntas sobre el costo compartido cuando se dispensa un suministro de menos de un mes.

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

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP) cubre los medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D de Medicare.

### **¿Qué es un formulario de medicamentos recetados?**

El plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO 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 internet en <http://www.UHCCCommunityPlan.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 pueda obtener 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 médico. 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 adicional para costear el plan de medicamentos recetados u otros costos de Medicare?**

Es posible que usted pueda obtener ayuda adicional para pagar las primas y los costos de los medicamentos recetados al igual que otros costos de Medicare. Para ver si reúne los requisitos para obtener ayuda adicional, 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 vea en el internet en <http://www.medicare.gov> 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 estatal de Medicaid.

### **¿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 retirarse 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 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 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 seriamente en riesgo su vida o su salud o afectar su capacidad de recuperarse al máximo. Si su médico solicita o apoya una solicitud rápida, nosotros debemos agilizar nuestra decisión. Finalmente, usted tiene el derecho de presentar una queja formal ante 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, 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 la información de contacto de la QIO.

Como miembro del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO 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 recetado, y el derecho de presentar una queja formal. Usted tiene el derecho de solicitar una determinación de la cobertura si desea que paguemos 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. Usted también puede pedir una excepción a las reglas de costo y utilización, como por ejemplo, la que pone un límite a 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 médico debe presentar una declaración que respalde su solicitud de excepción. Si negamos la cobertura para sus medicamentos recetados, 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 recetado. Si su problema tiene que ver con la calidad del cuidado, 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 la información de contacto de la QIO.

### **¿Qué es un programa de administración de terapia con medicamentos?**

Un programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM) es un servicio gratis 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 SNP) para más detalles.

### **¿Qué tipos de medicamentos pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare?**

Algunos medicamentos recetados para pacientes ambulatorios pueden estar cubiertos bajo la Parte B de Medicare. Estos pueden incluir, entre otros, los siguientes tipos de medicamentos. Comuníquese con el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP) para más detalles.

- Algunos antígenos: Si son preparados por un médico y administrados por una persona debidamente instruida (podría ser el paciente) bajo la supervisión de un médico.
- Medicamentos para osteoporosis: Medicamentos inyectables para osteoporosis para algunas mujeres.
- Eritropoyetina: Por inyección si usted tiene enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia 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.
- Medicamentos inmunosupresores: Terapia con medicamentos inmunosupresores para pacientes que reciben un trasplante, si el trasplante se llevó a cabo en una instalación certificada por Medicare y el trasplante lo pagó Medicare o una compañía de seguros privada que actuó como pagador primario para su cobertura de la Parte A de Medicare.
- Algunos medicamentos orales para el cáncer: Si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable.
- Medicamentos orales contra las náuseas: 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 encontrar la información sobre calificación de planes con las herramientas que se encuentran en [medicare.gov](http://www.medicare.gov), y seleccionando “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.

## **Por favor llame a la oficina de UnitedHealthcare Community Plan para obtener más información sobre el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP).**

Visítenos en el internet en <http://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 gratis al **1-888-903-7587** si tienen preguntas relacionadas con el programas de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare y Medicare Advantage. (TTY/TDD 711)

Los miembros futuros deben llamar gratis al **1-888-834-3721** si tienen preguntas relacionadas con el programas de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare 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 el internet en <http://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.

Si tiene preguntas sobre los beneficios o costos de este plan, por favor comuníquese con UnitedHealthcare Community Plan para los detalles.

# Sección II

## Resumen de Beneficios

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<b>Información Importante</b>		
<p><b>1 Primas e información adicional importante</b></p>	<p>En 2014 la prima mensual de la Parte B es \$0 y el deducible anual de la Parte B es \$0.</p> <p>Si un médico o proveedor no acepta asignaciones de Medicare, por lo general sus costos son más altos, lo que significa que usted paga más.</p>	<p><b>General</b></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>\$0 de prima mensual del plan*</p> <p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de deducible anual.*</p> <p>\$6,700 de límite de gastos directos de su bolsillo por los servicios cubiertos por Medicare. Sin embargo, en este plan no tendrá que pagar costo compartido por los servicios cubiertos por Medicare, basado en su nivel de elegibilidad de Medicaid.</p>
<p><b>2 Elección de médico y hospital</b></p> <p>(Para información adicional consulte los incisos 15 Atención de Emergencia y 16 Atención requerida de urgencia)</p>	<p>Puede ir a cualquier médico, especialista u hospital que acepte Medicare.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>Debe ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p> <p>No es necesario tener una referencia para ir a médicos, especialistas y hospitales de la red.</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<b>Resumen de Beneficios</b>		
<b>Cuidado Para Pacientes Hospitalizados</b>		
<p><b>3 Cuidado en hospital para pacientes hospitalizados</b></p> <p>(Incluye Servicios para Abuso de sustancias y de Rehabilitación)</p>	<p>Por cada período de beneficios:  Días 1 - 60: \$0 de deducible  Días 61 - 90: \$0 por día  Días 91 - 150: \$0 por día de reserva, por vida</p> <p>Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para recibir información sobre los días de reserva, por vida.</p> <p>Los días de reserva solamente pueden usarse una vez en la vida.</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 de que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>No existe límite en la cantidad de días con cobertura del plan por cada estadía en hospital.</p> <p>\$0 de deducible anual por categoría de servicio*</p> <p>\$0 de copago*</p> <p>\$0 de copago por cada día adicional en el hospital no cubierto por Medicare.</p>



Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<p><b>4 Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados</b></p>	<p>Por cada período de beneficios:  Días 1 - 60: \$0 de deducible  Días 61 - 90: \$0 por día  Días 91 - 150: \$0 por día de reserva, por vida</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><b>Dentro de la red</b>  Usted tiene derecho a 190 días, una vez en la vida, de cuidado en un hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado. 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 de deducible anual por categoría de servicio*  \$0 de copago*</p> <p>El plan cubre 60 días de reserva, por vida. \$0 de copago por día de reserva, por vida*.</p>
<p><b>5 Instalación de enfermería especializada (SNF)</b>  (en una instalación de enfermería especializada certificada por Medicare)</p>	<p>En el 2014 las cantidades por cada período de beneficios después de una estadía en hospital de por lo menos 3 días cubierta por Medicare son:  Días 1 - 20: \$0 por día  Días 21 - 100: \$0 por día</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 de que ha terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios que usted puede tener.</p>	<p><b>Dentro de la red</b>  El plan cubre 100 días por cada período de beneficios</p> <p>No se requiere una estadía en hospital previa.</p> <p>\$0 de deducible anual por categoría de servicio*  \$0 de copago por los servicios en una SNF*.</p> <p>No se le cobrará costo compartido adicional por los servicios profesionales</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<p><b>6 Cuidado de la salud a domicilio</b> (Incluye servicios intermitentes, medicamento necesarios, de enfermería especializada, auxiliar de cuidado de la salud a domicilio, rehabilitación, etc.)</p>	<p>\$0 de copago.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por las consultas de cuidado de la salud a domicilio cubiertas por Medicare*</p>
<p><b>7 Centro de cuidados paliativos</b></p>	<p>Usted debe recibir el cuidado de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.</p>	<p><b>General</b> Usted debe recibir el cuidado de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Debe consultar con su plan antes de seleccionar un centro de cuidados paliativos.</p>
<p><b>Cuidado Para Pacientes Ambulatorios</b></p>		
<p><b>8 Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>0% de coaseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por cada consulta al médico de cuidado primario cubierta por Medicare.*  \$0 de copago por cada consulta al especialista cubierta por Medicare.*</p>
<p><b>9 Servicios de un quiropráctico</b></p>	<p>El cuidado rutinario complementario no tiene cobertura  0% de coaseguro para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (el desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo) solamente si esto lo hace un quiropráctico o algún otro proveedor calificado.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por las consultas al quiropráctico cubiertas por Medicare*  Las consultas a un quiropráctico cubiertas por Medicare son para la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones (el desplazamiento o desalineación de una articulación o parte del cuerpo).</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<b>10 Servicios de podiatría</b>	<p>El cuidado rutinario complementario no tiene cobertura.</p> <p>0% de coaseguro por el cuidado de los pies necesario por razones médicas, incluyendo el cuidado de condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por las consultas de podiatría cubiertas por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por 4 consultas de podiatría rutinarias complementarias como máximo cada año</p> <p>Las consultas de podiatría cubiertas por Medicare son para el cuidado de los pies necesario por razones médicas.</p>
<b>11 Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	<p>0% de coaseguro para la mayoría de los servicios de salud mental para paciente ambulatorio</p> <p>0% de coaseguro 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><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare*</li> <li>• cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare*</li> </ul> <p>\$0 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare*</li> <li>• cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare*</li> </ul> <p>\$0 de copago por servicios del programa de hospitalización parcial cubiertos por Medicare*</p>
<b>12 Cuidado a pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>	<p>0% de coaseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cada consulta cubierta por Medicare para el tratamiento individual ambulatorio de abuso de sustancias*</li> <li>• cada consulta cubierta por Medicare para el tratamiento grupal ambulatorio de abuso de sustancias*</li> </ul>
<b>13 Servicios para pacientes ambulatorios</b>	<p>0% de coaseguro por los servicios del médico</p> <p>0% de coaseguro por servicios en las instalaciones de un centro de cirugía ambulatoria</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por cada consulta a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por cada consulta a una instalación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubierta por Medicare*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<p><b>14 Servicios de ambulancia</b> (Servicio de ambulancia médicamente necesario)</p>	<p>0% de coaseguro</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por beneficios de ambulancia cubiertos por Medicare.*</p>
<p><b>15 Cuidado de emergencia</b> (Puede acudir a cualquier sala de emergencias si razonablemente piensa que necesita cuidado de emergencia)</p>	<p>0% de coaseguro por los servicios del médico 0% de coaseguro por los servicios hospitalarios de emergencia para pacientes ambulatorios Sin cobertura fuera de Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b> \$0 de deducible anual por categoría de servicio* \$0 de copago por consultas a la sala de emergencias cubiertas por Medicare* Cobertura mundial. Si lo admiten en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma condición, pagará \$0 por la consulta a la sala de emergencias.</p>
<p><b>16 Cuidado requerido de urgencia</b> (Este NO es el servicio de emergencia y, en la mayoría de los casos, se proporciona fuera del área de servicio)</p>	<p>0% de coaseguro Sin cobertura fuera de Estados Unidos, excepto en circunstancias limitadas.</p>	<p><b>General</b> \$0 de copago por consultas de cuidado requerido de urgencia cubiertas por Medicare*</p>
<p><b>17 Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b> (Terapia Ocupacional, Terapia Física y Terapia del Habla y el Lenguaje)</p>	<p>0% de coaseguro Los servicios de terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje, necesarios por razones médicas, tienen cobertura.</p>	<p><b>General</b> Los servicios de terapia física, terapia ocupacional y patología del habla y del lenguaje, necesarios por razones médicas, tienen cobertura. <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por consultas de terapia ocupacional cubiertas por Medicare* \$0 de copago por consultas de terapia física y/o patología del habla y del lenguaje cubiertas por Medicare*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<b>Servicios y Suministros Médicos Para Pacientes Ambulatorios</b>		
<b>18 Equipo médico duradero</b> (Incluye sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	0% de coaseguro	<b>General</b> \$0 de deducible anual por categoría de servicio*  <b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por equipo médico duradero cubierto por Medicare*
<b>19 Aparatos protésicos</b> (Incluye abrazaderas ortopédicas, extremidades y ojos artificiales, etc.)	0% de coaseguro 0% de coaseguro por suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con aparatos protésicos, férulas y otros dispositivos.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por los siguientes beneficios cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• aparatos protésicos*</li> <li>• suministros médicos relacionados con aparatos protésicos, férulas y otros dispositivos.</li> </ul>
<b>20 Programas y suministros para la diabetes</b>	0% de coaseguro por capacitación para el autocontrol de la diabetes 0% de coaseguro por suministros para la diabetes 0% de coaseguro por zapatos o insertos terapéuticos para la diabetes	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare* \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros de control de la diabetes*</li> <li>• Zapatos e insertos terapéuticos*</li> </ul>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<p><b>21 Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios de radiología</b></p>	<p>0% de coaseguro por pruebas de diagnóstico y radiografías</p> <p>\$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare</p> <p>Servicios de laboratorio: Medicare cubrirá los servicios de laboratorio de diagnóstico necesarios por razones médicas, que sean solicitados por el médico 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 practican para ayudar a su médico a diagnosticar o eliminar la sospecha de una enfermedad o condición de salud. Medicare no cubre la mayoría de las pruebas de evaluación rutinarias, complementarias, como la medición de su nivel de colesterol.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por los siguientes beneficios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de laboratorio*</li> <li>• procedimientos y pruebas de diagnóstico*</li> <li>• radiografías*</li> <li>• servicios de radiodiagnóstico (con exclusión de radiografías)*</li> <li>• servicios de radiología terapéutica*</li> </ul>
<p><b>22 Servicios de rehabilitación cardíaca y pulmonar</b></p>	<p>0% de coaseguro por servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>0% de coaseguro por servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>0% de coaseguro por servicio de rehabilitación cardíaca intensiva</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare*</li> <li>• servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare*</li> <li>• servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare*</li> </ul>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<b>Servicios Preventivos</b>		
<p><b>23 Servicios preventivos</b></p>	<p>No se paga coaseguro, ni copago ni deducible en los casos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>• Medición de la densidad ósea. Cubierta una vez cada 24 meses (con más frecuencia si es necesario por razones médicas) si usted presenta ciertas condiciones médicas.</li> <li>• Evaluación cardiovascular</li> <li>• Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina. Cubiertas cada 2 años. Cubiertas una vez al año para mujeres con Medicare con factores de alto riesgo.</li> <li>• Examen de detección de cáncer colorrectal</li> <li>• Examen de detección de diabetes</li> <li>• Vacuna contra la influenza</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B para personas con Medicare con factores de riesgo</li> <li>• Examen de detección de VIH. \$0 de copago por examen de detección de VIH, pero usted generalmente paga 20% de la cantidad aprobada por Medicare por la consulta médica. El examen de detección de VIH tiene cobertura para las personas con Medicare que están embarazadas y personas con un alto factor de 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.</li> </ul>	<p><b>General</b></p> <p>\$0 de copago por todos los servicios preventivos cubiertos bajo Medicare Original a cero costo compartido. Los servicios preventivos adicionales aprobados por Medicare a mediados de año serán cubiertos por el plan o por Medicare Original.</p> <p>El plan cubre un examen físico cada año.</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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 médico. Estos servicios los puede prestar un dietista registrado y pueden incluir una evaluación nutricional y asesoramiento para ayudarle a controlar su diabetes o enfermedad de riñón</li> <li>• Plan de servicios de prevención personalizada (consultas de Bienestar Anual)</li> <li>• Vacuna neumocócica. Es posible que sólo necesite la vacuna neumocócica una vez en su vida. Consulte a su médico si desea más información.</li> <li>• Examen de detección de cáncer de próstata</li> <li>• Prueba de antígeno prostático específico (PSA) solamente. Cubierta una vez al año para todos los hombres con Medicare mayores de 50 años.</li> <li>• Tabaquismo (asesoramiento para dejar de fumar) Cubierto si lo ordena su médico. Incluye dos intentos de asesoramiento dentro de un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</li> </ul>	



Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenciones para detección y asesoramiento de la salud mental durante el cuidado primario para reducir el abuso del alcohol</li> <li>• Detección de depresión en adultos</li> <li>• Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento de alta intensidad para prevenir las ITS</li> <li>• Asesoramiento intensivo en relación con enfermedades cardiovasculares (semestral)</li> <li>• Terapia conductual intensiva de la obesidad</li> <li>• Visitas preventivas de Bienvenido a Medicare (examen físico preventivo inicial) Cuando se inscribe en la Parte B de Medicare, entonces reúne los requisitos 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.</li> </ul>	
<b>24 Enfermedad y condiciones del riñón</b>	<p>0% de coaseguro por diálisis renal</p> <p>0% de coaseguro por servicios de educación de enfermedad de riñón</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por diálisis renal cubierta por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por servicios de educación de la enfermedad de riñón cubiertos por Medicare*</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<b>Beneficios de Medicamentos Recetados</b>		
<p><b>25 Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios</b></p>	<p>La mayoría de los medicamentos no están cubiertos por Medicare Original. Usted puede añadir cobertura de medicamentos recetados a Medicare Original si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Por otra parte, puede obtener toda la cobertura de Medicare, incluyendo la cobertura de medicamentos recetados, si se inscribe en un plan Medicare Advantage o en un plan Medicare Cost que ofrece cobertura de medicamentos recetados.</p>	<p><b>Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare B General</b>            \$0 de deducible anual por medicamentos de la Parte B de Medicare.*            \$0 de copago por medicamentos de quimioterapia y otros medicamentos cubiertos por la Parte B.*</p> <p><b>Medicamentos cubiertos bajo la Parte D de Medicare General</b>            Este plan utiliza un formulario. La organización del plan le enviará el formulario. También puede ver el formulario en el internet en <a href="http://www.UHCCommunityPlan.com">http://www.UHCCommunityPlan.com</a>.</p> <p>Es posible que se apliquen distintos costos directos de su bolsillo a las personas que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tienen ingresos limitados,</li> <li>• viven en instalaciones de cuidado a largo plazo, o</li> <li>• tienen acceso a proveedores del programa de atención de Indígenas/Tribales/Urbanos (Indian Health Service).</li> </ul> <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 recetados si los obtiene en una farmacia dentro de la red, fuera del área de servicio del plan (por ejemplo, cuando viaja).</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
		<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>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener la autorización previa del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO 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 recetados 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><b>Dentro de la red</b> Usted paga \$0 de deducible anual.</p> <p><b>Cobertura inicial</b> Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga lo siguiente:</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
		<p>Por genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago; o</li> <li>• \$1.20 de copago; o</li> <li>• \$2.55 de copago. Por todos los demás medicamentos, ya sea:</li> <li>• \$0 de copago; o</li> <li>• \$3.60 de copago; o</li> <li>• \$6.35 de copago.</li> </ul> <p><b>Farmacia de venta al por menor</b> Póngase en contacto con su plan si tiene preguntas sobre el costo compartido cuando se dispensa un suministro de menos de un mes.</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suministro de un mes (30 días)</li> <li>• suministro de tres meses (90 días)</li> </ul> <p><b>Farmacia de cuidado a largo plazo</b> Las farmacias de cuidado a largo plazo deben dispensar los medicamentos de marca en cantidades que correspondan a un suministro de menos de 14 días cada vez. También pueden dispensar un suministro de menos de un mes de medicamentos genéricos cada vez. Póngase en contacto con su plan si tiene preguntas sobre el costo compartido o la facturación cuando se dispensa un suministro de menos de un mes.</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suministro de un mes (31 días) de medicamentos</li> </ul>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
		<p><b>Farmacia de medicamentos por correo</b>  Póngase en contacto con su plan si tiene preguntas sobre el costo compartido o la facturación cuando se dispensa un suministro de menos de un mes.</p> <p>Puede obtener medicamentos de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suministro de tres meses (90 días)</li> </ul> <p><b>Cobertura de gastos médicos mayores</b>  Usted paga \$0 de copago.</p> <p><b>Fuera de la red</b>  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 presentar la documentación para recibir el reembolso del plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP).</p> <p>Puede obtener medicamentos fuera de la red de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• suministro de un mes (30 días)</li> </ul> <p><b>Cobertura inicial fuera de la red</b>  Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, el plan UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP) le reembolsará hasta el costo máximo del plan de los medicamentos comprados menos lo siguiente:</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
		<p>Por genéricos comprados fuera de la red (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago; o</li> <li>• \$1.20 de copago; o</li> <li>• \$2.55 de copago. Por todos los demás medicamentos comprados fuera de la red, ya sea:</li> <li>• \$0 de copago; o</li> <li>• \$3.60 de copago; o</li> <li>• \$6.35 de copago.</li> </ul> <p><b>Cobertura de gastos médicos mayores fuera de la red</b> Se le reembolsará el total del costo de la compra de los medicamentos fuera de la red.</p>
<b>Servicios y Suministros Médicos Para Pacientes Ambulatorios</b>		
<p><b>26 Servicios dentales</b></p>	<p>Los servicios dentales preventivos (como la limpieza) no están cubiertos.</p>	<p><b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por beneficios dentales cubiertos por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por 1 examen bucal complementario como máximo cada seis meses</p> <p>\$0 de copago por 1 limpieza complementaria como máximo cada seis meses</p> <p>\$0 de copago por 1 radiografía dental complementaria como máximo</p> <p>El plan ofrece beneficios dentales completos complementarios adicionales.</p> <p>\$1,000 de límite de cobertura del plan por beneficios dentales completos complementarios cada año</p>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<p><b>27 Servicios de audición</b></p>	<p>Los exámenes de audición rutinarios complementarios y los aparatos auditivos no están cubiertos.</p> <p>0% de coaseguro por exámenes de diagnóstico de audición.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por: Exámenes de diagnóstico de audición cubiertos por Medicare*</p> <p>\$0 de copago por 1 examen de audición rutinario complementario como máximo cada año</p> <p>\$0 de copago por aparato auditivo complementario</p> <p>\$1,000 de límite de cobertura del plan por aparatos auditivos complementarios cada dos años.</p>
<p><b>28 Servicios de la vista</b></p>	<p>0% de coaseguro por el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones de los ojos, incluyendo una evaluación anual para el diagnóstico del glaucoma, en el caso de personas con factores de riesgo</p> <p>Los exámenes de la vista rutinarios complementarios y los lentes (lentes y marcos) no tienen cobertura.</p> <p>Medicare paga el equivalente a un par de lentes o lentes de contacto después de una operación de cataratas.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>\$0 de copago por: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y condiciones de los ojos cubiertos por Medicare, incluyendo una evaluación anual para el diagnóstico del glaucoma, en el caso de personas con factores de riesgo*</p> <p>\$0 de copago por 1 examen de la vista rutinario complementario como máximo cada año</p> <p>\$0 de copago por un par de lentes (lentes y marcos) o lentes de contacto después de una operación de cataratas cubiertos por Medicare *</p> <p>\$0 de copago por lentes de contacto.</p> <p>\$0 de copago por 1 par de lentes como máximo cada dos años</p> <p>\$0 de copago por 1 marco de lentes como máximo cada dos años</p> <p>\$150 de límite de cobertura del plan por lentes y lentes de contacto complementarios cada dos años</p>
<p><b>29 Programas de bienestar/educación y otros beneficios y servicios complementarios</b></p>	<p>Sin cobertura.</p>	<p><b>Dentro de la red</b></p> <p>El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación/bienestar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea directa de enfermería</li> </ul>

Beneficio	Medicare Original	UnitedHealthcare Dual Complete (HMO SNP)
<b>30 Artículos de venta sin receta</b>	Sin cobertura.	<p><b>General</b>  Visite el sitio de internet de nuestro plan para ver la lista de artículos de venta sin receta que tienen cobertura. Sólo el miembro está autorizado para comprar los artículos de venta sin receta. Sírvase comunicarse con el plan para las instrucciones específicas para usar este beneficio.</p>
<b>31 Transporte</b> (De rutina)	Sin cobertura.	<p><b>Dentro de la red</b>  \$0 de copago hasta 48 viajes en una sola dirección al lugar aprobado por el plan cada año</p>
<b>32 Acupuntura y otras terapias alternativas</b>	Sin cobertura.	<p><b>Dentro de la red</b>  Este plan no cubre la acupuntura ni otras terapias alternativas.</p>



# Beneficios de Medicaid

## Beneficios adicionales para miembros de 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 Comunitaria de Michigan y como miembro con elegibilidad doble (un miembro que califica para la Parte A y la Parte B de Medicare y que recibe ayuda de Medicaid).

El costo compartido de Medicare incluye:

- Copagos
- Coaseguro
- 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 Elegibilidad Doble con Beneficios Completos No-QMB (FBDE, por sus siglas en inglés) con la Parte A y la Parte B de Medicare – 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. Usted debe pagar el costo compartido en todos los servicios cubiertos por Medicare, incluso si el servicio típicamente no tiene cobertura de Medicaid.

Es importante entender que los beneficios de Medicaid pueden cambiar durante el año. Por favor, comuníquese con el programa estatal de Medicaid para obtener la información más reciente y precisa con respecto a su elegibilidad y beneficios.

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

### Resumen de Beneficios Contrato H6952, Plan 002

Beneficio	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)
<b>Servicios cubiertos por Medicare</b>		
Cuidado para pacientes hospitalizados	\$0	Dentro de la red \$0 de copago

<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)</b>
<b>Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Instalación de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	\$0 Bajo programas aprobados, Medicaid puede ofrecer cobertura más allá del límite de 100 días	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago El plan cubre 100 días por cada período de beneficios.
<b>Cuidado de la salud a domicilio</b>	\$0 Beneficios adicionales más allá del cuidado intermitente de enfermería especializada (cambios de catéter, ejercicios para el tratamiento de la vejiga, gotas para los ojos)	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	Medicaid aplica la misma cantidad de días de alivio para el relevo de familiares a cargo de pacientes hospitalizados que Medicare (es decir, no se permiten más de cinco días consecutivos). Si se facturan más de cinco días consecutivos, la cantidad se reduce a cinco días, y los días excedentes deben ser facturados como cuidado rutinario por el centro de cuidados paliativos.	Usted debe recibir el cuidado de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare.
<b>Visitas al consultorio médico</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Consulta con médico de cuidado primario</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Medicaid cubre los deducibles, copagos y coaseguros de Medicare.  Servicios en exceso del beneficio de Medicare: Sin cobertura para personas de 21 años o mayores.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Servicios de podiatría</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago

<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)</b>
Cuidado a pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios/cirugía para pacientes ambulatorios	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de ambulancia	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Cuidado de emergencia	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Cuidado requerido de urgencia	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Equipo médico duradero	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Dispositivos protésicos	\$0	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 masa ósea	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Exámenes de evaluación colorrectal	\$0	Dentro de la red \$0 de copago
Vacunas	\$0 Vacunas contra la gripe y la pulmonía	Dentro de la red \$0 de copago
Mamografías de evaluación	\$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

<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)</b>
<b>Enfermedad renal en etapa terminal</b>	\$0	<p>Dependiendo de sus ingresos y de su estado institucional, usted paga lo siguiente:</p> <p>Por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos), ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.20 de copago o</li> <li>• \$2.55 de copago</li> </ul> <p>Por todos los demás medicamentos, ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.60 de copago o</li> <li>• \$6.35 de copago</li> </ul>
<b>Medicamentos recetados</b>	<p>Medicaid no cubre los medicamentos de la Parte D.</p> <p>Medicaid cubre los medicamentos excluidos de la Parte D, tales como: Benzodiazepinas, barbitúricos, medicamentos selectos de venta sin receta, vitaminas y agentes selectos para dejar de fumar</p>	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Servicios dentales</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Servicios de audición</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Servicios de la vista</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Examen Bienvenido a Medicare; y Consulta de Bienestar Anual</b>	\$0	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago
<b>Servicios adicionales no cubiertos por Medicare</b>		
<b>Servicios de podiatría adicionales</b>	Servicios rutinarios no cubiertos	<b>Dentro de la red</b> Incluye 4 consultas rutinarias anuales. Por favor, vea la Sección II para los detalles de los beneficios adicionales.

<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)</b>
<b>Servicios dentales adicionales</b>	Algunos servicios cubiertos a través de Medicaid. Este es un servicio coordinado a través de la administración de casos.	<b>Dentro de la red</b> \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicare. Los servicios no cubiertos por Medicare incluyen los servicios dentales rutinarios y completos. Información de beneficios adicionales disponible en la sección II
<b>Servicios de audición adicionales</b>	Aparato auditivo cubierto solamente para menores de 21 años. 1 aparato auditivo cada 3 años para menores de 21 años. La entrega, la reparación y las modificaciones de aparatos auditivos, el reemplazo de molduras del oído, los suministros y accesorios, las pilas y los aparatos alternativos para escuchar tienen cobertura para todos los beneficiarios de Medicaid.	<b>Dentro de la red</b> Incluye examen rutinario de audición y crédito por aparatos auditivos. Por favor, vea la Sección II para los detalles de los beneficios adicionales.
<b>Servicios de la vista adicionales</b>	Un examen de la vista cada dos años para beneficiarios menores de 21 años. Menores de 21 años, un par de lentes cada 2 años con corrección específica de dioptrías. Dos (2) reemplazos por año para menores de 21 años. Dos (2) reemplazos de lentes de contacto en un año por cada ojo para menores de 21 años. Mayores de 21 años, se ofrecen algunos servicios para la baja visión.	<b>Dentro de la red</b> Incluye examen rutinario de la vista y crédito por lentes o lentes de contacto. Vea la Sección II para los detalles de los beneficios adicionales
<b>Educación de salud/ bienestar</b>	Sin cobertura	<b>Dentro de la red</b> Incluye materiales de educación, como por ejemplo, boletines. El plan también incluye el beneficio de una línea informativa de enfermería las 24 horas. Por favor, vea la Sección II para los detalles de los beneficios adicionales.
<b>Transporte (rutinario)</b>	Transporte médico a través de DHS sin límites	<b>Dentro de la red</b> Incluye 48 viajes en una sola dirección a lugares aprobados por el plan. Por favor, vea la Sección II para los detalles de los beneficios adicionales.

<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)</b>
Acupuntura	Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios solamente de Medicaid</b>		
<b>Los servicios enumerados a continuación se ofrecen solamente bajo Medicaid para las personas que reúnen los requisitos de cobertura completa de Medicaid.</b>		
Administración de casos de grupos especiales	Con cobertura en algunas circunstancias	Sin cobertura
Servicios de cuidado personal	Cuidado coordinado por cualquier servicio cubierto por Medicaid.  Ayuda a domicilio con cobertura a través del Departamento de Servicio Humanos para personas calificadas.	Sin cobertura
Paciente hospitalizado/ SNF/ICF para el tratamiento de enfermedades mentales	Cubierto a través de un PIHP y de servicios de exención para personas calificadas solamente	Sin cobertura
Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados (menores de 21 años)	Costo compartido de beneficio cubierto por Medicare La coordinación del cuidado ocurre con proveedores de Medicaid para el cuidado requerido de pacientes hospitalizados más allá del beneficio cubierto de Medicare. Servicios calificados cubiertos a través de los proveedores del PIHP.	Sin cobertura

<b>Beneficio</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete™ (HMO SNP)</b>
<p><b>Instalación de cuidados intermedios para personas con retraso mental (ICF/MR, por sus siglas en inglés)</b></p>	<p>Cobertura completa en instalación con camas de Medicaid para personas calificadas.</p> <p><b>SERVICIOS EN UNA INSTALACIÓN DE CUIDADOS INTERMEDIOS PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL (ICF/MR, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)</b></p> <p>Servicios de salud y de rehabilitación provistos en una instalación con licencia y aprobación del estado de 16 camas o menos, certificada de acuerdo con las normas de ICF/MR especificadas en las normas 42 CFR 483.400 y 42 CFR 442 Subparte C. Los beneficiarios deben cumplir el nivel de criterios de cuidado de la ICF /MR y requieren un programa de tratamiento activo continuo que está definido en su plan individual de servicios, y que es coordinado y monitoreado por un profesional calificado en retardo mental (QMRP). El programa de tratamiento activo incluye entrenamiento, tratamiento, salud y servicios relacionados especializados y genéricos orientados a la adquisición de las conductas necesarias para que el beneficiario se desenvuelva con la mayor autodeterminación e independencia posible, y la prevención o desaceleración de la regresión o pérdida del estado funcional óptimo (42 CFR 483.440 (a)(1)(i &amp; ii). Los servicios de tratamiento son prestados por profesionales calificados dentro del ámbito de su práctica. El personal de cuidado directo debe cumplir con las certificaciones de nivel de auxiliar.</p>	<p>Sin cobertura</p>

## 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 1-888-903-7587. 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 1-888-903-7587. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 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1-888-903-7587。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1-888-903-7587。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 panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-wika, tawagan lamang kami sa 1-888-903-7587. 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 1-888-903-7587. 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 1-888-903-7587 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 1-888-903-7587. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-888-903-7587번으로 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 1-888-903-7587. 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. 1-888-834-3721 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 1-888-903-7587. 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 1-888-903-7587. 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 1-888-903-7587. 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 1-888-903-7587. Ta usługa jest bezpłatna.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-888-903-7587 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、1-888-903-7587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。