

# RESUMEN DE BENEFICIOS 2018



## Generalidades del plan

**UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)**

R7444-012

Consulte esta guía para obtener más información acerca de las coberturas de medicamentos y servicios de cuidado de la salud que obtiene con este plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información acerca de este plan.



Número gratuito **1-888-834-3721**, TTY **711**  
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**



Nuestra área de servicio incluye: **Florida.**

# Resumen de Beneficios

**Del 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018**

La información acerca de beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com), o bien puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá una Evidencia de Cobertura.

## Información de su plan.

UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP) es un plan Medicare Advantage RPPO que tiene un contrato con Medicare.

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

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

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

- **Beneficiario calificado Plus de Medicare (QMB+):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para pagar el costo compartido de Medicare y también cumple los requisitos para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguro y copago de la Parte A y la Parte B.
- **Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para pagar el costo compartido de Medicare, pero no cumple los requisitos para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas, deducibles, coseguro y copago de la Parte A y la Parte B.
- **Individuo calificado como discapacitado que trabaja (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte A.
- **Persona que cumple los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B.
- **Beneficiario de Medicare especificado con bajos ingresos (SLMB+):** Usted obtiene los beneficios completos de Medicaid y Medicaid paga la prima de la Parte B.
- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid solamente paga la prima de la Parte B.

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

**Si usted es un beneficiario de QMB o de QMB+:** Usted no paga nada, excepto si se trata de los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.

**Si usted es un beneficiario de SLMB+ o de FBDE:** Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada del Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) para el pago del costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Por regla general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones donde tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

**Si usted es un beneficiario de las categorías SLMB, QI o QDWI:** Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Usted paga los costos compartidos que se indican en la tabla de más arriba. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

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

#### ¿Qué beneficios cubre cada nivel de participación?

Nivel de participación	Prima de la Parte A	Prima de la Parte B	Prima <sup>1</sup> de la Parte D	Deducibles, copagos y coseguros de Medicare	Beneficios completos de Medicaid
<b>QMB solamente</b>	Sí	Sí	No <sup>2</sup>	Sí	No
<b>QMB Plus</b>	Sí	Sí	No <sup>2</sup>	Sí	Sí
<b>SLMB Plus</b>	No	Sí	No <sup>2</sup>	Varía según el estado	Sí
<b>SLMB solamente</b>	No	Sí	No <sup>2</sup>	No	No
<b>QI</b>	No	Sí	No <sup>2</sup>	No	No
<b>QDWI</b>	Sí	No	No <sup>2</sup>	No	No
<b>FBDE</b>	No	Varía según el estado	No	Varía según el estado	Sí

<sup>1</sup>Es posible que esté disponible el subsidio para personas de bajos ingresos para ayudar con el costo de la prima de la Parte D.

<sup>2</sup> A los beneficiarios calificados por Medicare de QMB, SLMB y QI se les inscribe automáticamente en el programa de subsidio para personas de bajos ingresos para cubrir los costos de la prima de la Parte D y no tendrán gastos por la prima de la Parte D.

### **Utilice proveedores y farmacias de la red.**

UnitedHealthcare Dual Complete<sup>®</sup> RP (Regional PPO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. En las siguientes tablas aparecen las diferencias en costo cuando los cuidados y servicios se obtienen dentro de la red y cuando se obtienen fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia que sea parte de la red.

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

# UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$19.80	
Deducible médico anual	Usted paga \$0 o el deducible de la Parte B de Medicare Original 2018 combinado, dentro y fuera de la red. El deducible de la Parte B de Medicare 2018 será determinado por Medicare en el otoño de 2017. El deducible de 2017 es de \$183.	
Cantidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$0 o \$6,700 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red .	\$0 de copago o \$10,000 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de cualquier proveedor.
	<p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p>	

# UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados		\$0 de copago o \$1,300 de copago por cada admisión (o la cantidad indicada de Medicare Original para 2018, lo que sea menor)	40% de coseguro por cada admisión
		Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación		\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
Consultas al médico	Médico primario	\$0 de copago	40% de coseguro
	Especialistas	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
Cuidado preventivo	Servicios cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 40% de coseguro (dependiendo del servicio)
		Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el abuso de bebidas alcohólicas Consulta de bienestar anual Medición de la masa ósea Pruebas de detección de cáncer de seno (mamografías) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Evaluación cardiovascular Examen de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)	

## Beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
		<p>Evaluación de depresión</p> <p>Examen de detección de la diabetes y control de la diabetes</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Examen de detección de VIH</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada a dosis bajas [Low Dose Computed Tomography (LDCT)]</p> <p>Servicios de terapia nutricional médica</p> <p>Programa de Medicare para la prevención de la diabetes [Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)]</p> <p>Examen de detección y asesoramiento con respecto a la obesidad</p> <p>Examen de detección de cáncer de próstata (Examen PSA)</p> <p>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento</p> <p>Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para los que no muestran señales de una enfermedad relacionada con el tabaco)</p> <p>Vacunas, incluidas la vacuna contra la gripe, vacuna contra la hepatitis B, vacuna antineumocócica</p> <p>Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” (solo una vez)</p> <hr/> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare será cubierto durante el año del contrato. El plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa los proveedores dentro de la red.</p>
<b>Cuidado de emergencia</b>		<p>\$0 de copago o \$80 de copago (\$0 de copago para cobertura mundial) por cada consulta</p> <p>Si se le admite al hospital en un plazo no mayor de 24 horas, le corresponderá pagar el copago hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago para casos de emergencia. Consulte la Sección Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados de esta guía para ver otros costos.</p>
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>		<p>\$0 de copago o \$65 de copago</p>



<b>Beneficios</b>		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Servicios de laboratorio	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Radiología terapéutica	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$0 de copago	40% de coseguro
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año*	40% de coseguro; 1 por año*
	Aparato auditivo	\$2,000 de asignación cada 2 años*	\$2,000 de asignación cada 2 años*
<b>Servicios dentales de rutina</b>	Preventivos	\$0 de copago por los servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías)*	\$0 de copago por los servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías)*
	Completo	\$0 de copago por los servicios cubiertos*	\$0 de copago por los servicios cubiertos*
	Límite de beneficios	\$2,500 de límite en todos los servicios dentales que tienen cobertura	

<b>Beneficios</b>		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios para la vista</b>	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y padecimientos de los ojos	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de rutina de la vista	\$0 de copago Hasta 1 cada año*	40% de coseguro Hasta 1 cada año*
	Artículos para la vista	\$0 de copago cada año; hasta \$70 para marcos (se incluyen lentes estándar) o \$105 para lentes de contacto*	\$0 de copago cada año; hasta \$70 para marcos (se incluyen lentes estándar) o \$105 para lentes de contacto*
<b>Salud mental</b>	Consulta para pacientes hospitalizados	\$0 de copago o \$1,300 de copago por cada admisión (o la cantidad indicada de Medicare Original para 2018, lo que sea menor)	40% de coseguro por cada admisión
	Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.		
	Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
	Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro

<b>Beneficios</b>		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Centro de enfermería especializada</b> <b>La estadía debe cumplir con los</b> <b>criterios de cobertura de Medicare</b>		\$0 de copago o Usted pagará el costo compartido de Medicare Original del año 2018. Este costo compartido será determinado por Medicare en el otoño de 2017. El costo compartido para el año 2017 es: \$0 de copago por día: por los días 1-20 \$164.50 de copago por día: por los días 21-100	40% de coseguro por cada admisión, hasta un total de 100 días
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada.	
<b>Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje</b>		\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
<b>Ambulancia</b>		\$0 de copago o 20% de coseguro	20% de coseguro
<b>Transporte de rutina</b>		\$0 de copago; 48 viajes por año, en una sola dirección, hacia o desde lugares aprobados*	75 % del costo 48 viajes por año, hacia o desde sitios aprobados*
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos de quimioterapia	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro

## Medicamentos con receta

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

<b>Deducible anual de medicamentos</b>	Su deducible es de \$0 o de \$83, según sea el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe.
<b>Suministro para 30 o 90 días de una farmacia de venta al por menor que es parte de la red</b>	
<b>Medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)</b>	\$0, \$1.25 o \$3.35 de copago, o bien 15% del costo total
<b>Todos los demás medicamentos</b>	\$0, \$3.70 o \$8.35 de copago, o bien 15% del costo total

<b>Beneficios adicionales</b>		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Cuidado quiropráctico y acupuntura</b>		\$0 de copago 10 consultas combinadas de quiropráctica y de acupuntura por año*	40% de coseguro  10 consultas combinadas de quiropráctica y acupuntura por año*
<b>Cuidado quiropráctico</b>	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
<b>Control de la diabetes</b>	Suministros para controlar la diabetes	\$0 de copago Cubrimos solamente las siguientes marcas de monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa: OneTouch Ultra®2, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch® Verio® Flex, ACCU-CHEK® Nano SmartView, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® Guide, y ACCU-CHEK® Aviva Connect	40% de coseguro
	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes	\$0 de copago	40% de coseguro
	Zapatos e insertos terapéuticos	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro

<b>Beneficios adicionales</b>		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>	Exámenes y tratamiento de los pies	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
	Cuidado rutinario de los pies	\$0 de copago; por cada consulta hasta 4 consultas cada año *	40% de coseguro; por cada consulta hasta 4 consultas cada año *
<b>Beneficio de comidas</b>		\$0 de copago; cobertura del beneficio del programa de entrega de comida a domicilio. Existen restricciones aplicables. Este proveedor debe usarse para este beneficio, tanto dentro como fuera de la red.	
<b>Cuidado de la salud a domicilio</b>		\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Cuidados paliativos</b>		Usted no paga nada por los cuidados recibidos de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte del costo de los medicamentos y por el relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
<b>NurseLine<sup>SM</sup></b>		Consulte a una enfermera titulada (Registered Nurse ([RN]) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
<b>Consulta de terapia ocupacional</b>		\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro

<b>Beneficios adicionales</b>		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Cuidado a pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>	Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
	Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0 de copago o 19% de coseguro	40% de coseguro
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>		\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Beneficio de productos para la salud mediante tarjeta</b>		\$205 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados	
<b>Diálisis renal</b>		\$0 de copago o 20% de coseguro	20% de coseguro
<b>Sistema de respuesta en caso de emergencia médica personal</b>		Con el sistema de respuesta en caso de emergencia médica personal, la ayuda está al alcance de su mano con solo oprimir un botón. El sistema de respuesta en caso de emergencia médica personal le da la tranquilidad de saber que ante cualquier situación de emergencia usted puede obtener ayuda rápidamente, las 24 horas del día, sin ningún costo adicional. El botón es liviano y lo puede llevar en su muñeca o como un colgante; además, según sea el modelo, puede detectar caídas automáticamente.	
<b>Consultas virtuales con el médico</b>		Consulte a médicos específicos mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Puede encontrar los médicos que participan en el programa a través de internet, en el sitio <a href="http://www.amwell.com">www.amwell.com</a> .	

\* Los beneficios son combinados, dentro y fuera de la red

# Beneficios de Medicaid

Información para personas que tienen Medicare y Medicaid. Sus servicios son pagados primero por Medicare y luego por Medicaid.

Los beneficios descritos a continuación tienen cobertura de Medicaid. Podrá ver lo que cubre Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se utiliza al máximo o si no tiene cobertura de Medicare, es posible que Medicaid lo cubra. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid que usted tenga.

Es posible que los beneficios marcados con un asterisco ( \* ) no estén disponibles para todos los afiliados. Es posible el pago de los costos compartidos de Medicare esté disponible para los afiliados en las categorías QMB, QMB+, y FBDE de Medicaid.

La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. No importa cuál es la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, el plan UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP) cubrirá los beneficios descritos en la Sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos que está incluida en el Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre los requisitos que debe cumplir para Medicaid y los beneficios a los cuales pudiera tener derecho, llame a Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), 1-888-419-3456.

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

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)
<b>Servicios cubiertos por Medicaid</b>		
<b>Ambulancia</b>	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*	Con cobertura.



<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)</b>
<b>Cuidado quiropráctico</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.
<b>Servicios dentales</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *, que podrán incluir dentaduras postizas completas y dentaduras postizas parciales extraíbles, además de extracciones y cirugía que sean necesarias por razones médicas para aliviar el dolor o las infecciones.</p> <p>Las evaluaciones para adultos se limitan a determinar si son necesarios los servicios de emergencia para casos de gravedad o si son necesarias las dentaduras postizas.</p> <p>Los servicios de emergencia se limitan a una evaluación enfocada en el problema que causa la</p>	Con cobertura. Servicios dentales adicionales (Con cobertura)

<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)</b>
	<p>emergencia, a las radiografías necesarias para hacer un diagnóstico, a la extracción, y a la incisión y drenaje de un absceso. Es posible que se requiera autorización previa y los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de servicios dentales dentro de la red.</p>	
<p><b>Suministros y servicios para la diabetes</b></p>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	<p>Con cobertura.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías</b> (Es posible que los costos de estos servicios sean diferentes si se reciben en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios)</p>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	<p>Con cobertura.</p>

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*. Incluye pruebas de detección, servicios de salud en áreas rurales, centros de salud con aprobación federal, servicios clínicos y servicios de parte de un asistente médico.</p>	Con cobertura.
<b>Equipo médico duradero</b> (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	Con cobertura.

<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)</b>
<b>Cuidado de emergencia</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p>	Con cobertura. Cuidado de los pies adicional (Con cobertura)

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)
<b>Servicios para la audición</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos de Medicaid, incluso exámenes de audición y un aparato auditivo cada tres años.*</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de servicios para la audición dentro de la red.</p>	<p>Con cobertura.</p> <p><b>Servicios para la audición adicionales</b> (Con cobertura)</p>
<b>Cuidado de la salud a domicilio</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*, incluso los servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p>	<p>Con cobertura.</p>

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)
<b>Cuidado de la salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Administración de casos de salud del comportamiento dirigida a grupos específicos</li><li>• Servicios de salud mental comunitarios</li><li>• Administración de casos de salud mental</li></ul>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, cuando los servicios son proporcionados por un proveedor de servicios de salud del comportamiento dentro de la red, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	Con cobertura.
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*, incluso los servicios de un terapeuta físico registrado y los servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria</p>	Con cobertura.

<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)</b>
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.
<b>Prótesis</b> (abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales, etc.)	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.
<b>Diálisis renal</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.

## Beneficios

	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)</b>
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.
<b>Cuidado de la vista</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid, incluso hasta un examen de la vista de rutina y hasta dos pares de anteojos por año (quedan incluidos los lentes y marcos de los anteojos cubiertos por Medicaid), o bien lentes de contacto (si son necesarios por razones médicas).*</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa y los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de servicios para el cuidado de la vista dentro de la red.</p>	Con cobertura.



<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)</b>
<b>Cuidado preventivo</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.
<b>Cuidados paliativos</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura.

<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP)</b>
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid* (incluso servicios de cuidado de asistencia)</p>	Con cobertura.
<b>Beneficios de medicamentos con receta</b>	Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos por la Parte D	Con cobertura, según se indica más arriba, en la sección de Beneficios Médicos y Hospitalarios del Resumen de Beneficios.
<b>Productos de venta sin receta</b> (con receta)	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*	Con cobertura.
<b>Transporte</b> (de rutina)	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid* .</p> <p>En el caso de los afiliados que califican para recibir servicios adicionales de Medicaid, cuando los servicios de transportación son proporcionados por un proveedor dentro de la red, Medicaid paga un número ilimitado de viajes para este servicio si no tiene cobertura de Medicare o si se ha agotado todo el beneficio de Medicare.</p>	Con cobertura.

## Información necesaria

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan para obtener más información. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

Es posible que el formulario, la red de farmacias, y/o la red de proveedores cambien en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Es posible que los beneficios, la prima o los copagos/el coseguro se modifiquen el 1 de enero de cada año.

Es posible que las primas, los copagos, el coseguro y los deducibles varíen dependiendo del nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información, póngase en contacto con el plan.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid o alguien más se encargue de pagarla.

OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Si se trata de un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento, no está obligado a usar el servicio de entrega a domicilio de OptumRx.

Los proveedores afuera de la red o los proveedores que no tienen contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de atenderlo, excepto en casos de emergencia. Si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura relacionada con servicios afuera de la red, usted o su proveedor debería pedirnos hacer una determinación de la organización previa al servicio antes de recibir los servicios mencionados. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente o consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información.

Los planes están asegurados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. Este plan está disponible para toda persona que cumpla tanto los requisitos de Asistencia Médica tanto del Estado como de Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación de contrato del plan con Medicare.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual Medicare y Usted. La guía está disponible en <https://es.medicare.gov> o puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Información del proveedor

Antes de ponerse en contacto con cualquiera de estos proveedores, debe estar totalmente inscrito en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® RP (Regional PPO SNP).

Tipo de beneficio	Nombre del proveedor	Información de contacto
<b>Exámenes de audición</b>	EPIC Hearing Health Care	1-866-956-5400, TTY 711 de 6 a.m. a 6 p.m. hora del Pacífico, de lunes a viernes <a href="http://www.epichearing.com">www.epichearing.com</a>
<b>Aparatos auditivos</b>	EPIC Hearing Health Care	1-866-956-5400, TTY 711 de 6 a.m. a 6 p.m. hora del Pacífico, de lunes a viernes <a href="http://www.epichearing.com">www.epichearing.com</a>
<b>Cuidado de la vista</b>	20/20 Eye Care Network, Inc.	1-866-842-4968, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana <a href="http://www.UHCCommunityPlan.com">www.UHCCommunityPlan.com</a>
<b>Servicios dentales</b>	UnitedHealthcare Dental	1-866-842-4968, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana <a href="http://www.UHCCommunityPlan.com">www.UHCCommunityPlan.com</a>
<b>Servicios rutinarios de acupuntura y Servicios quiroprácticos</b>	OptumHealth™ Physical Health	1-866-785-1654, TTY 1-888-877-5378 de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, de lunes a viernes <a href="https://www.myoptumhealthphysicalhealth.com/providerLocator.asp">https://www.myoptumhealthphysicalhealth.com/providerLocator.asp</a>
<b>Asesoramiento de enfermería</b>	NurseLine <sup>SM</sup>	1-877-365-7949, TTY 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
<b>Transporte de rutina (limitado únicamente a transporte terrestre)</b>	LogistiCare®	1-866-418-9812, TTY 1-866-288-3133 de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes <a href="http://www.logisticare.com">www.logisticare.com</a>

<b>Tipo de beneficio</b>	<b>Nombre del proveedor</b>	<b>Información de contacto</b>
<b>Beneficio de productos para la salud</b>	FirstLine Medical®	1-844-368-7171, TTY 711 de 7 a.m. a 7 p.m. hora del Centro, de lunes a viernes; de 7 a.m. a 4 p.m. hora del Centro, sábado <a href="http://www.HealthProductsBenefit.com">www.HealthProductsBenefit.com</a>
<b>Beneficio de comidas</b>	Mom's Meals NourishCare®	1-866-204-6111, TTY 711 de 7 a.m. a 6 p.m. hora del Centro, de lunes a viernes <a href="http://www.momsmeals.com/care-transitions/">http://www.momsmeals.com/care-transitions/</a>
<b>Sistema de respuesta en caso de emergencia médica personal</b>	Philips Lifeline	1-800-368-2925, TTY 711 de 8:30 a.m. a 6:30 p.m. hora del Este, de lunes a viernes
<b>Consultas virtuales con el médico</b>	Amwell	1-866-842-4968, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana <a href="http://www.amwell.com">www.amwell.com</a>