

RESUMEN DE BENEFICIOS 2018



Generalidades del plan

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

H5322-030

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



El área de servicio incluye los siguientes condados en:

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

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 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, 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® (HMO-POS SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

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

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

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

- **Beneficiario calificado Plus de Medicare (QMB+):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para pagar el costo compartido de Medicare y también cumple los requisitos para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguro y copago de la Parte A y la Parte B.
- **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 Georgia Department of Community Health 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: Georgia Department of Community Health 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.

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

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

² 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® (HMO-POS SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Hay ciertos servicios para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. Los servicios recibidos fuera de la red están limitados al área de servicio del plan que se indica en la portada. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia que sea parte de la red.

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

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$15.10	
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 Medicare 2018 será determinado por Medicare en el otoño de 2017. El deducible de 2017 de la Parte B 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 .	Ilimitado fuera de la red
	<p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p>	

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados		<p>\$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:</p> <p>\$1,316 de deducible por los días 1-60; \$329 de copago por día: por los días 61-90; \$658 de copago por día: por los días 91-150 (días de reserva una vez en la vida)</p> <p>Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.</p>	Sin cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación		\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
Consultas al médico	Médico primario	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Especialistas	\$0 de copago o 19% de coseguro	Sin cobertura
Cuidado preventivo	Servicios cubiertos por Medicare	\$0 de copago	Sin cobertura
		<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Asesoramiento para reducir el abuso de bebidas alcohólicas</p> <p>Consulta de bienestar anual</p>	

Beneficios

Dentro de la red

Fuera de la red

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)
Evaluación de depresión
Examen de detección de la diabetes y control de la diabetes
Prueba de detección de hepatitis C
Examen de detección de VIH
Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada a dosis bajas [Low Dose Computed Tomography (LDCT)]
Servicios de terapia nutricional médica
Programa de Medicare para la prevención de la diabetes [Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP)]
Examen de detección y asesoramiento con respecto a la obesidad
Examen de detección de cáncer de próstata (Examen PSA)
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento
Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para los que no muestran señales de una enfermedad relacionada con el tabaco)
Vacunas, incluidas la vacuna contra la gripe, vacuna contra la hepatitis B, vacuna antineumocócica
Consulta preventiva de “Bienvenida a Medicare” (solo una vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare será cubierto durante el año del contrato.

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
		El plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa los proveedores dentro de la red.	
Cuidado de emergencia		\$0 de copago o \$80 de copago (\$0 de copago para cobertura mundial) por cada consulta 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.	
Servicios requeridos de urgencia		\$0 de copago o \$65 de copago	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Servicios de laboratorio	\$0 de copago	Sin cobertura
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiología terapéutica	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiografías para pacientes ambulatorios	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año	Sin cobertura
	Aparato auditivo	\$1,000 de asignación cada 2 años	Sin cobertura

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios dentales de rutina	Preventivos	\$0 de copago por los servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías)	Sin cobertura
	Completo	\$0 de copago por los servicios cubiertos	Sin cobertura
	Límite de beneficios	\$1,000 de límite en todos los servicios dentales que tienen cobertura	Sin cobertura
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y padecimientos de los ojos	\$0 de copago o 19% de coseguro	Sin cobertura
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	Sin cobertura
	Examen de rutina de la vista	\$0 de copago Hasta 1 cada 2 años	Sin cobertura
	Artículos para la vista	\$0 de copago cada 2 años; hasta \$150 para lentes/ marcos y lentes de contacto	Sin cobertura

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental	Consulta para pacientes hospitalizados	<p>\$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:</p> <p>\$1,316 de deducible por los días 1 - 60;</p> <p>\$329 de copago por día: por los días 61-90;</p> <p>\$658 de copago por día: por los días 91-150 (días de reserva una vez en la vida)</p>	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	

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de enfermería especializada La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare		\$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 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.	Sin cobertura
Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje		\$0 de copago o 19% de coseguro	Sin cobertura
Ambulancia		\$0 de copago o 20% de coseguro	20% de coseguro
Transporte de rutina		\$0 de copago; 24 viajes por año, en una sola dirección, hacia o desde lugares aprobados	Sin cobertura
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos de quimioterapia	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Otros medicamentos de la Parte B	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura

Medicamentos con receta

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

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

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	\$0 de copago o 19% de coseguro	Sin cobertura
Control de la diabetes	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	Sin cobertura
	Capacitación sobre autocontrol de la diabetes	\$0 de copago	Sin cobertura
	Zapatos e insertos terapéuticos	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
Programa de acondicionamiento físico a través de SilverSneakers[®] Fitness		Membresía básica en un programa de acondicionamiento físico en un sitio que sea parte de la red.	

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies	\$0 de copago o 19% de coseguro	Sin cobertura
	Cuidado rutinario de los pies	\$0 de copago; por cada consulta hasta 4 consultas cada año	Sin cobertura
Cuidado de la salud a domicilio		\$0 de copago	Sin cobertura
Cuidados paliativos		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.	
NurseLineSM		Consulte a una enfermera titulada (Registered Nurse ([RN]) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
Consulta de terapia ocupacional		\$0 de copago o 19% de coseguro	Sin cobertura
Cuidado a pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	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
Cirugía para pacientes ambulatorios		\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
Beneficio de productos para la salud		\$165 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados	
Diálisis renal		\$0 de copago o 20% de coseguro	No tiene cobertura fuera del red (excepto en casos de emergencia).

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

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

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

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

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

Información necesaria

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 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® (HMO-POS SNP).

Tipo de beneficio	Nombre del proveedor	Información de contacto
Exámenes de audición	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 www.epichearing.com
Aparatos auditivos	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 www.epichearing.com
Cuidado de la vista	UnitedHealthcare Vision®	1-866-480-1086, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana www.UHCCommunityPlan.com
Servicios dentales	UnitedHealthcare Dental	1-866-480-1086, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana www.UHCCommunityPlan.com
Asesoramiento de enfermería	NurseLine SM	1-877-440-9407, TTY 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
Transporte de rutina (limitado únicamente a transporte terrestre)	LogistiCare	1-866-418-9812, TTY 1-866-288-3133 de 8 a.m. a 5 p.m. hora local, de lunes a viernes www.logisticare.com
Beneficio de productos para la salud	FirstLine Medical®	1-800-933-2914, 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 www.HealthProductsBenefit.com

Tipo de beneficio	Nombre del proveedor	Información de contacto
Membresía en un centro de acondicionamiento físico	SilverSneakers® Fitness program	1-888-423-4632, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m. hora del Este, de lunes a viernes silversneakers.com