

RESUMEN DE BENEFICIOS 2018



Descripción general de su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO SNP)
H3113-005

Lea el contenido para conocer el plan y los servicios médicos y medicamentos con receta que cubre. Para obtener más información sobre el plan, llame a Servicio al Cliente o visite el sitio del plan en Internet.



Llamada gratuita: **1-800-514-4911, TTY 711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



www.UHCCommunityPlan.com



Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

Nueva Jersey: Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union

Resumen de Beneficios

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

La información que se proporciona sobre los beneficios es un resumen de lo que cubrimos. No enumera todos los servicios que cubrimos, ni todas las limitaciones o exclusiones. El documento **Evidencia de Cobertura** proporciona una lista completa de los servicios que cubrimos. Usted puede consultarlo en Internet en www.UHCCommunityPlan.com o, si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicio al Cliente. Recibe una copia del documento **Evidencia de Cobertura** cuando se inscribe en el plan.

Información del plan.

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO SNP) es un plan para personas con necesidades especiales con calificación doble (D-SNP) que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, vivir dentro del área de servicio que aparece en la portada interior y ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.

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

- **Beneficiario calificado por Medicare Plus:** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y la Parte B.
- **Persona con calificación doble para beneficios completos:** Medicaid ayuda a pagar los costos compartidos de Medicare. Medicaid también brinda beneficios completos de Medicaid.

Dado que usted cumple los requisitos para recibir los beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medicaid, como miembro del plan no tendrá costos compartidos por servicios cubiertos ni por medicamentos con receta de la Parte D. No tendrá que pagar primas, deducibles, coseguros ni copagos.

Debe volver a certificar sus requisitos de participación cada año para seguir siendo miembro de este plan.

Además debe vivir dentro del área de servicio que aparece en la portada interior de este **Resumen de Beneficios**.

Use proveedores y farmacias de la red.

Este plan tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si usted usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos.

Puede visitar www.UHCCommunityPlan.com para buscar un proveedor o farmacia de la red en los directorios en Internet. También puede ver el **Formulario** (lista de medicamentos) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO SNP)

Primas y beneficios

Dentro de la red

Prima mensual del plan	No hay ninguna prima mensual para este plan. Las primas de la Parte B de Medicare están cubiertas por Medicaid para los miembros de UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO SNP).
Deducible médico anual	Este plan no tiene deducible.
Cantidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye cobertura de medicamentos con receta)	Como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO SNP), usted no tiene gastos de su bolsillo. No tendrá que pagar copagos ni coseguros por medicamentos ni por otros servicios cubiertos prestados por proveedores del plan.

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO SNP)

No necesita obtener una referencia o preautorización cuando reciba servicios cubiertos de proveedores del plan.

Beneficios

Dentro de la red

Cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados Cubre estadias en hospitales de acceso a cuidados críticos; centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados; cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados; alojamiento en habitación semiprivada; servicios de médicos y cirujanos; anestesia; laboratorio, radiografías y otros servicios de diagnóstico; medicamentos; servicios terapéuticos; enfermería en general; y otros servicios y suministros que generalmente son proporcionados por el hospital.		Copago de \$0 Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de una estadia en el hospital.
Hospital para pacientes ambulatorios, incluida la observación		Copago de \$0
Visitas al médico	Médico de cuidado primario	Copago de \$0
	Especialistas	Copago de \$0

Beneficios

Dentro de la red

Cuidado preventivo		<p>Copago de \$0</p> <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Visita de bienestar anual</p> <p>Medición de masa ósea</p> <p>Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Enfermedad cardiovascular (terapia del comportamiento)</p> <p>Exámenes cardiovasculares</p> <p>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <p>Evaluación de depresión</p> <p>Pruebas y control de la diabetes</p> <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Evaluaciones y asesoramiento sobre obesidad</p> <p>Pruebas de detección de cáncer de próstata</p> <p>Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Asesoramiento para dejar de fumar o de usar tabaco (para personas sin signos de enfermedad relacionada con el tabaco)</p> <p>Vacunas, entre ellas, antigripal, antineumocócica y contra la hepatitis B</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (por única vez) Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>
	Examen médico de rutina	Copago de \$0; 1 por año
Cuidado de emergencia		<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 por cobertura mundial por visita</p>
Servicios requeridos de urgencia		<p>Copago de \$0</p> <p>Copago de \$0 por cobertura mundial por visita</p>

Beneficios

Dentro de la red

Pruebas de diagnóstico, radiografías, servicios de laboratorio y servicios para radiología	Servicios de radiodiagnóstico (p. ej., imágenes por resonancia magnética)	Copago de \$0 por servicio
	Servicios de laboratorio	Copago de \$0 por servicio
	Exámenes y procedimientos de diagnóstico	Copago de \$0 por servicio
	Radiología terapéutica	Copago de \$0 por servicio
	Radiografías para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicio
Servicios para la audición Exámenes de audición de rutina, exámenes de audición y equilibrio de diagnóstico, exámenes con el propósito de ajustar aparatos auditivos, exámenes médicos y ajustes de seguimiento, y reparaciones después del vencimiento de la garantía. Los aparatos auditivos, así como los accesorios y suministros relacionados, están cubiertos.	Copago de \$0	
Servicios dentales Incluyen servicios preventivos, restaurativos, periodontales, protésicos, de diagnóstico, de endodoncia y de cirugía bucal y maxilofacial, que incluyen (entre otros): los exámenes dentales de rutina, limpiezas, radiografías dentales, empastes dentales, dentaduras postizas y prostodoncia fija. También está cubierta la ortodoncia (con restricciones de edad y documentación de necesidad médica).	Copago de \$0	

Beneficios

Dentro de la red

Servicios para la vista

Cubre los servicios médicamente necesarios para la detección y el tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos, incluye un examen completo de la vista una vez por año. Los servicios de un optometrista y aparatos ópticos están cubiertos, incluidos 1 par de lentes o marcos y lentes de contacto cada 24 meses para personas de 19 a 59 años, y una vez por año para personas menores de 18 años y mayores de 60 años. Los ojos artificiales, dispositivos para la baja visión, dispositivos para ejercitar la vista y lentes intraoculares también están cubiertos. Los artículos para la vista después de una cirugía de cataratas también están cubiertos.

Copago de \$0

Servicios para la salud mental

Servicios para pacientes hospitalizados

- Los servicios cubiertos incluyen servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. El plan cubre servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (los servicios después de los 190 días están cubiertos por la parte de Medicaid de la cobertura del plan).
- Los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados en hospitales estatales, privados o del condado están cubiertos para personas menores de 21 años y mayores de 65 años.
- Todos los miembros tienen la cobertura del plan para una hospitalización como paciente hospitalizado agudo en un hospital general, independientemente del diagnóstico de admisión o tratamiento. Los servicios para la salud mental están cubiertos por el plan para todos los miembros (los servicios después de los 190 días están cubiertos por la parte de Medicaid de la cobertura del plan).
- Los servicios en un hospital general, en la unidad psiquiátrica de un hospital para casos agudos, en un centro de cuidado a corto plazo (Short Term Care Facility, STCF) o un hospital de acceso a cuidados críticos están cubiertos.

Copago de \$0

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de una estadía en el hospital.

Beneficios

Dentro de la red

Servicios para la salud mental (continuación)

- La desintoxicación médica para pacientes hospitalizados (manejo de la abstinencia administrada médicamente como paciente hospitalizado en un centro hospitalario) está cubierta.

Servicios para pacientes ambulatorios

- Los servicios psiquiátricos para pacientes ambulatorios están cubiertos para los miembros de todas las edades en hospitales psiquiátricos privados y centros hospitalarios generales para pacientes ambulatorios.
- Cubre servicios para la salud mental prestados por un médico o psiquiatra con licencia del estado, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes. Los servicios proporcionados por una red de profesionales médicos independientes (Independent Practitioner Network, IPN) (psiquiatra, psicólogo o enfermera de práctica avanzada [Advanced Practice Nurse, APN]) también están cubiertos.
- La hospitalización parcial u hospitalización parcial para casos agudos está cubierta por el plan para todos los miembros.

Copago de \$0

Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de una estadía en el hospital.

Centro de enfermería especializada

El cuidado en un centro de enfermería especializada está cubierto para todos los miembros y esa cobertura incluye el cuidado a largo plazo (de custodia) luego de los límites de Medicare.

Copago de \$0

Fisioterapia

Los servicios de fisioterapia y para las patologías del habla y del lenguaje están cubiertos.

Copago de \$0

Ambulancia

Copago de \$0

Beneficios

Dentro de la red

Transporte Emergencias: Cubre el transporte médicamente necesario en ambulancia terrestre a un hospital o centro de enfermería especializada para servicios médicamente necesarios. Es posible que cubra el transporte en ambulancia de emergencia en un avión o helicóptero cuando el transporte terrestre no pueda proporcionar el traslado inmediato y rápido que sea necesario. Situaciones que no son de emergencia (de rutina): El transporte que no es de emergencia está cubierto por las tarifas por servicio de Medicaid, e incluye servicios como vehículos de asistencia móvil (MAV) y ambulancia con sistema básico artificial de mantenimiento de vida (con camilla) para situaciones que no son de emergencia. Los servicios de transporte privados, como pasajes o billetes de autobuses y trenes, servicios de automóviles y reembolso por millas, también están cubiertos.		Copago de \$0
Medicamentos de la Parte B de Medicare	Medicamentos para quimioterapia	Copago de \$0
	Otros medicamentos de la Parte B	Copago de \$0

Medicamentos con receta

Deducible de farmacia anual	No corresponde, dado que usted no paga ningún deducible.
Suministro de 30 días en farmacias de venta al por menor de la red	
Medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca tratados como genéricos)	Copago de \$0
Todos los demás medicamentos	Copago de \$0

Beneficios adicionales

Beneficios adicionales		Dentro de la red
Acupuntura		Copago de \$0
Ensayos clínicos Con cobertura para los servicios prestados que excedan los límites de la Parte B de Medicare. Con cobertura para servicios aprobados por Medicaid.		Copago de \$0
Manejo de la diabetes	Suministros para el control de la diabetes	Copago de \$0 Solamente cubrimos las siguientes marcas de glucómetros y tiras para medir la glucosa: OneTouch® Ultra® 2, OneTouch® UltraMini®, OneTouch® Verio®, OneTouch® Verio® IQ, OneTouch® Verio® Flex™, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® Nano SmartView, ACCU-CHEK® Aviva Connect.
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	Copago de \$0
	Plantillas o zapatos terapéuticos	Copago de \$0
Equipo médico duradero	Equipo médico duradero (p. ej., sillas de ruedas, oxígeno)	Copago de \$0
	Prótesis (p. ej., abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)	Copago de \$0

Beneficios adicionales

Dentro de la red

Servicios y suministros para la planificación familiar

Los servicios cubiertos incluyen la revisión del historial médico y un examen médico (incluido el examen pélvico y de seno), pruebas de diagnóstico y de laboratorio, medicamentos y sustancias biológicas, suministros y dispositivos médicos (incluidos los paquetes de prueba de embarazo, condones, diafragmas e inyecciones de Depo-Provera y otros suministros y dispositivos anticonceptivos), asesoramiento, supervisión médica continua, continuidad de los cuidados y asesoramiento genético. Con cobertura para los servicios prestados que excedan los límites de la Parte B de Medicare. Los servicios prestados por proveedores fuera de la red están cubiertos a través de las tarifas por servicio de Medicaid.

Copago de \$0

Programa de acondicionamiento físico a través de Optum® Fitness

Suscripción básica en un programa en los establecimientos de acondicionamiento físico participantes sin costo para usted.

Para conocer los detalles completos del programa, visite **fitnessadvantage.optum.com** y haga clic en el enlace “Terms and Conditions” (Términos y condiciones) al pie de la página.

Copago de \$0

Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Con cobertura para exámenes de rutina y servicios de podiatría médicamente necesarios, así como plantillas o zapatos terapéuticos para quienes tienen enfermedad del pie diabético.

El cuidado de rutina de los pies, incluidos el tratamiento de callos y callosidades, el corte de las uñas y el cuidado como la limpieza y remojo de los pies, está cubierto cuando es médicamente necesario como parte del tratamiento de una condición relacionada.

Copago de \$0

Beneficios adicionales

Dentro de la red

Cuidado de la salud a domicilio

Con cobertura para los servicios prestados que excedan los límites de las Partes A y B de Medicare. Incluye servicios de enfermería y de un auxiliar de cuidado de la salud a domicilio.

La fisioterapia, patología del habla y del lenguaje y terapia ocupacional están cubiertas como parte de este beneficio.

Copago de \$0

Cuidados paliativos

Con cobertura en la comunidad, así como en centros institucionales. Los servicios de habitación y comida no están cubiertos en la vivienda del miembro ni en un centro (como un asilo de convalecencia) que funciona como la residencia normal del miembro. Los cuidados paliativos para miembros menores de 21 años de edad cubren cuidados paliativos y cuidado curativo.

Copago de \$0

Beneficios adicionales

Dentro de la red

Servicios y apoyo a largo plazo administrados

Los servicios y apoyo a largo plazo administrados es un programa que proporciona servicios a domicilio y en la comunidad para miembros que necesitan el nivel de cuidado prestado normalmente en un centro de enfermería y permite que reciban este cuidado en una residencia comunitaria. Los servicios y apoyo a largo plazo administrados incluyen, entre otros: servicios en vivienda asistida; fisioterapia, terapia cognitiva, terapia del habla y terapia ocupacional; servicios de ayuda para tareas domésticas, Programa de Entrega de Comida a Domicilio, modificaciones residenciales (como la instalación de rampas y barras de agarre), modificaciones de vehículos, cuidado diurno social para adultos y transporte no médico.

Los servicios y apoyo a largo plazo administrados están disponibles para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de esta guía).

Copago de \$0

Beneficio del programa de alimentación

Hasta tres comidas al día durante las primeras cuatro semanas después de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado; hasta 84 comidas por año. Se requiere orden de un médico o proveedor.

Copago de \$0

Cuidado médico diurno

Presta servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos y para la rehabilitación bajo supervisión médica y de enfermería en un centro de cuidado para pacientes ambulatorios para cumplir las necesidades de personas con limitaciones físicas o cognitivas a fin de apoyar su residencia comunitaria.

Copago de \$0

Beneficios adicionales

	Dentro de la red
NurseLineSM Hable con una enfermera titulada, las 24 horas del día, los 7 días de la semana	Copago de \$0
Servicios de enfermera partera	Copago de \$0
Terapia ocupacional	Copago de \$0
Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios El plan cubre evaluaciones, referencias, medicamentos con receta y el tratamiento de condiciones para trastornos por consumo de sustancias. Los servicios cubiertos a través de la parte de Medicaid de la cobertura del plan incluyen, entre otros, los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Desintoxicación no médica o no hospitalaria basada en el manejo de la abstinencia• Tratamiento residencial a corto plazo para trastornos por consumo de sustancias• Manejo de la abstinencia para pacientes ambulatorios con desintoxicación ambulatoria o control prolongado en la instalación• Cuidado parcial para trastornos por consumo de sustancias• Cuidado intensivo para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios• Cuidado para trastornos por consumo de sustancias para pacientes ambulatorios• Servicios de tratamiento con opiáceos (tratamiento asistido con el medicamento metadona)• Servicios de tratamiento con opiáceos (tratamiento no asistido con el medicamento metadona)	Copago de \$0

Beneficios adicionales

	Dentro de la red
Cirugía para pacientes ambulatorios	Copago de \$0
Beneficio de productos sin receta	Crédito de \$200 por trimestre en una tarjeta de débito para comprar productos aprobados en tiendas de venta al por menor de la red
Beneficio de productos para la salud	Crédito de \$225 por trimestre para usar en productos para la salud aprobados que se pueden encargar por correo o en Internet.
Diálisis renal	Copago de \$0
Asistente de cuidado personal Cubre tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el domicilio del beneficiario, bajo la supervisión de una enfermera profesional titulada, según lo certifique un médico de acuerdo con el plan de cuidado escrito de un beneficiario.	Copago de \$0
Sistema personal de respuesta ante emergencias Copago de \$0 por servicios de respuesta ante emergencias por medio de un sistema electrónico de monitoreo, las 24 horas del día, los siete días de la semana.	Copago de \$0
Servicios para enfermería privada Cuando tienen autorización, están disponibles para los miembros de hasta 21 años. Este beneficio también está disponible para los miembros de cualquier edad que reciban servicios y apoyo a largo plazo administrados.	Copago de \$0

Información necesaria

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones y restricciones.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual actual "Medicare y Usted". Puede verlo en Internet en <https://es.medicare.gov> o llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir una copia. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año.

Este plan está disponible para cualquier persona que cumpla los requisitos para obtener los beneficios de Medicare y los beneficios completos de Medicaid. Las primas están cubiertas para los miembros de UnitedHealthcare Dual Complete ONE (HMO SNP).

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Este documento está disponible en otros formatos, como braille y letra grande. Es posible que este documento esté disponible en otros idiomas. Para obtener más información, llámenos al 1-888-834-3721 (TTY 711) si no es miembro, o llámenos al 1-800-514-4911 (TTY 711) si ya es miembro.

Los miembros deben usar los proveedores, las farmacias y los proveedores de equipo médico duradero de la red del plan y seguir las reglas sobre referencias. Los miembros serán inscritos en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare del plan, y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otra cobertura de Medicare Advantage o de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Información sobre proveedores

Antes de comunicarse con cualquiera de estos proveedores, usted debe estar completamente inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete ONE (HMO SNP).

Beneficio	Proveedor	Información de contacto
Línea de enfermería	NurseLine SM	1-877-440-9407, TTY 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Catálogo del beneficio de productos para la salud	FirstLine Medical [®]	1-800-933-2914, TTY 711 De lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del Centro; sábados de 7 a.m. a 4 p.m., hora del Centro www.HealthProductsBenefit.com
Beneficio de productos sin receta	UnitedHealthcare	1-800-514-4911, TTY 711 De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Sistema personal de respuesta ante emergencias	Tunstall Americas	1-800-514-4911, TTY 711 De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana
Programas de acondicionamiento físico	Optum[®] Fitness Advantage	1-800-514-4911, TTY 711 De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana fitnessadvantage.optum.com
Beneficio del programa de alimentación	Mom's Meals Nourishcare [®]	1-866-204-6111, TTY 711 De lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del Centro http://www.momsmeals.com/care-transitions/