

RESUMEN DE BENEFICIOS 2018



Generalidades del plan

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP)

H4590-022

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:

Texas: Atascosa, Bexar, Comal, Guadalupe, Kendall, Wilson.

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 SNP) es un plan Medicare Advantage HMO 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 Texas Medicaid Health and Human Services Commission 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: Texas Medicaid Health and Human Services Commission 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 SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los servicios o 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 SNP)

| Primas y beneficios | Dentro de la red |
|--|--|
| Prima mensual del plan | \$8.70 |
| Deducible médico anual | Este plan no tiene un deducible. |
| 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 . |
| | <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 SNP)

| Beneficios | | Dentro de la red |
|---|----------------------------------|---|
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados ¹ | | <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> |
| | | Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado. |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación ¹ | | \$0 de copago |
| Consultas al médico | Médico primario | \$0 de copago |
| | Especialistas ¹ | \$0 de copago |
| Cuidado preventivo | Servicios cubiertos por Medicare | \$0 de copago |
| | | <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> <p>Medición de la masa ósea</p> <p>Pruebas de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</p> <p>Evaluación cardiovascular</p> <p>Examen 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> |

Beneficios

Dentro de la red

| | | |
|---|--|---|
| | | <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> |
| Cuidado de emergencia | | <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> |
| Servicios requeridos de urgencia | | <p>\$0 de copago o \$50 de copago</p> |

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

| Beneficios | | Dentro de la red |
|--------------------------------|---|---|
| Servicios para la vista | Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y padecimientos de los ojos ¹ | \$0 de copago |
| | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas ¹ | \$0 de copago |
| | Examen de rutina de la vista | \$0 de copago Hasta 1 cada 2 años |
| | Artículos para la vista | \$0 de copago cada 2 años; hasta \$70 para lentes/marcos o \$105 para lentes de contacto |
| Salud mental | Consulta para pacientes hospitalizados ¹ | \$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: \$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) |
| | | Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado. |
| | Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹ | \$0 de copago |
| | Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹ | \$0 de copago |

| Beneficios | | Dentro de la red |
|--|----------------------------------|--|
| Centro de enfermería especializada¹ La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare | | <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: \$0 de copago por día: por los días 1-20 \$164.50 de copago por día: por los días 21-100</p> <hr/> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de enfermería especializada.</p> |
| Consulta de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje¹ | | \$0 de copago |
| Ambulancia | | \$0 de copago o \$50 de copago |
| Transporte de rutina | | \$0 de copago; 24 viajes por año, en una sola dirección, hacia o desde lugares aprobados |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | Medicamentos de quimioterapia | \$0 de copago o 20% de coseguro |
| | Otros medicamentos de la Parte B | \$0 de copago o 20% 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:

| | |
|--|---|
| 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 |
|--|--|--|
| Cuidado quiropráctico | Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación ¹ | \$0 de copago |
| Control de la diabetes | Suministros para controlar la diabetes | \$0 de copago |
| | Capacitación sobre autocontrol de la diabetes ¹ | \$0 de copago |
| | Zapatos e insertos terapéuticos | \$0 de copago o 20% de coseguro |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados | Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) | \$0 de copago o 20% de coseguro |
| | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) | \$0 de copago o 20% de coseguro |
| Cuidado de los pies (servicios de podiatría) | Exámenes y tratamiento de los pies ¹ | \$0 de copago |
| | Cuidado rutinario de los pies | \$0 de copago; por cada consulta hasta 4 consultas cada año |
| Cuidado de la salud a domicilio¹ | | \$0 de copago |
| 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 |

| Beneficios adicionales | | Dentro de la red |
|---|---|---|
| Consulta de terapia ocupacional¹ | | \$0 de copago |
| Cuidado a pacientes ambulatorios por abuso de sustancias | Consulta de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ¹ | \$0 de copago |
| | Consulta de terapia individual para pacientes ambulatorios ¹ | \$0 de copago |
| Cirugía para pacientes ambulatorios¹ | | \$0 de copago |
| Beneficio de productos para la salud | | \$95 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados |
| Diálisis renal¹ | | \$0 de copago o 20% de coseguro |

Es posible que, para los servicios con un 1, usted deba obtener una referencia de su médico.

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 Texas Medicaid Health and Human Services Commission 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 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 Texas Medicaid Health and Human Services Commission, 1-512-424-6500.

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. Consulte el manual de Medicaid para más detalles sobre el costo compartido y los beneficios adicionales cubiertos.

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) |
|--|-----------------|--|
| Servicios dentales adicionales | Sin cobertura | Con cobertura. |
| Cuidado de los pies adicional | Sin cobertura | Con cobertura. |
| Servicios para la audición adicionales | Sin cobertura | Con cobertura. |
| Cuidado de la vista adicional | Sin 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. |

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) |
|--|-----------------|--|
| Equipo médico duradero | Con cobertura. | Con cobertura. |
| Cuidado de emergencia | Con cobertura. | Con cobertura. |
| Cuidado de los pies | Con cobertura. | Con cobertura. |
| Servicios para la audición | Con cobertura. | Con cobertura. |
| Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) | Con cobertura. | Sin 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 | Con 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. |

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) |
|--|-----------------|--|
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Exención para Servicios de Asistencia y Apoyo para Vivir en la Comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)</p> | Con cobertura. | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Programa de Exenciones Consolidado (Consolidated Waiver Program, CWP) - Solo para el condado de Bexar/San Antonio</p> | Con cobertura. | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Exención para personas sordas invidentes con discapacidades múltiples (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DB-MD)</p> | Con cobertura. | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Programa para niños médicamente dependientes (Medically Dependent Children Program, MDCP)</p> | Con cobertura. | Sin cobertura |

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) |
|---|----------------|---|
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) La exención STAR + PLUS</p> | Con cobertura. | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Servicios de telemedicina</p> | Con cobertura. | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Exención del estado de Texas para vivir en el hogar (Texas Home Living Waiver, TxHmL)</p> | Con cobertura. | Sin cobertura |
| <p>Servicios requeridos de urgencia</p> | Con cobertura. | Con cobertura. |
| <p>Cuidado de la vista</p> | 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 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 |
| Servicios dentales | UnitedHealthcare Dental | 1-866-480-2064, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana www.UHCCCommunityPlan.com |
| Asesoramiento de enfermería | NurseLine SM | 1-877-365-7949, TTY 711 Las 24 horas del día, los 7 días de la semana |
| 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 |