

Resumen de Beneficios 2020



Descripción general de su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP)

H0271-014-000

Consulte esta guía y aproveche las ventajas que le ofrecen 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 **1-855-545-9340**, TTY **711**

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



www.UHCMedicareSolutions.com



Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2020 al 31 de diciembre de 2020

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.UHCMedicareSolutions.com, o bien puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá información indicándole dónde debe ir en Internet para ver su Evidencia de Cobertura.

Información de su plan.

UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP) es un plan Medicare Advantage PPO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en el plan usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica más adelante, 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 con elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) que tienen tanto Medicare como Medicaid y que no tienen ninguna responsabilidad de pago por los servicios médicos cubiertos. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores. Algunas personas obtienen beneficios completos de Medicaid.

Los requisitos a cumplir para inscribirse en este plan dependen de qué tipo de Medicaid tiene.

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

- Beneficiario calificado Plus de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary Plus, 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. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- Beneficiario calificado de 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. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- Beneficiario de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y provee beneficios completos de Medicaid. 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 de la agencia estatal de Medicaid 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 en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Elegibilidad doble 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. 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 de la oficina estatal de Medicaid 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 en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

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 poder continuar recibiendo cobertura de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en:

Connecticut: Fairfield, Hartford, Litchfield, Middlesex, New Haven, New London, Tolland, Windham.

Utilice proveedores y farmacias de la red.

UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted tiene la libertad de consultar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Además, le ofrece la flexibilidad de acceder a una red local de proveedores. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. 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.UHCMedicareSolutions.com para buscar un proveedor o una farmacia que sea parte de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la lista de medicamentos (formulario) para saber qué medicamentos están cubiertos y si existe algún tipo de restricción.

UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP)

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	Su plan no tiene prima mensual.	
Deducible médico anual	<p>Este plan no tiene deducible.</p> <hr/> <p>Se aplica el deducible solamente a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (fuera de la red) Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios - Centro de cirugía ambulatoria (ASC) (fuera de la red) Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios - Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (fuera de la red) Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios (fuera de la red) Visita al médico - Médico primario (fuera de la red) Visita al médico - Especialistas (fuera de la red) Visitas al médico - Visitas virtuales con el médico Visitas al médico - Visitas virtuales de salud mental Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) (fuera de la red) Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Servicios de laboratorio (fuera de la red) Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Pruebas y procedimientos de diagnóstico (fuera de la red) Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Radiología terapéutica (fuera de la red) Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Radiografías para pacientes ambulatorios (fuera de la red) Servicios para la audición - Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio (fuera de la red) Servicios para la vista - Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (fuera de la red) Servicios para la vista - Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas (fuera de la red) Salud mental - Visita para pacientes hospitalizados (fuera de la red) 	

Primas y beneficios

Dentro de la red

Fuera de la red

Salud mental - Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios (fuera de la red)
Salud mental - Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (fuera de la red)
Centro de enfermería especializada (SNF) (fuera de la red)
Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje (fuera de la red)
Ambulancia terrestre (fuera de la red)
Ambulancia aérea (fuera de la red)
Medicamentos de la Parte B de Medicare - Medicamentos para quimioterapia (fuera de la red)
Medicamentos de la Parte B de Medicare - Otros medicamentos de la Parte B (fuera de la red)
Cuidado quiropráctico - Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (fuera de la red)
Manejo de la diabetes - Suministros para controlar la diabetes (fuera de la red)
Manejo de la diabetes - Capacitación para el automanejo de la diabetes (fuera de la red)
Manejo de la diabetes - Zapatos e insertos terapéuticos (fuera de la red)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados - Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) (fuera de la red)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados - Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) (fuera de la red)
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) - Exámenes y tratamiento de los pies (fuera de la red)
Cuidado de la salud a domicilio (fuera de la red)
Visita de terapia ocupacional (fuera de la red)
Servicios de tratamiento relacionado con opiáceos (fuera de la red)
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias - Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios (fuera de la red)
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias - Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios (fuera de la red)
Diálisis renal (fuera de la red)

Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye cobertura de medicamentos con receta)	\$0 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	\$10,000 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de cualquier proveedor.
	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.	
	Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.	

UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados ²		\$0 de copago por cada estadía	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Visitas al médico	Médico primario	\$0 de copago	30% de coseguro
	Especialistas ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	Consulte a proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Puede encontrar los médicos que participan en el programa a través de Internet, en el sitio www.amwell.com	Sin cobertura
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago. Consulte a proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	Sin cobertura

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 30% de coseguro (dependiendo del servicio)
		<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Asesoramiento para reducir el uso indebido 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>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</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 de detección y control de la diabetes</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Evaluación diagnóstica y asesoramiento con respecto a la obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (Prostate cancer screening, PSA)</p> <p>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B y vacuna antineumocócica</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p>	
		Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.	

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
		Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.	
Cuidado de emergencia		<p>\$0 de copago (\$0 de copago por la cobertura mundial) por cada visita</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		\$0 de copago	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) ²	\$0 de copago por cada servicio	30% de coseguro
	Servicios de laboratorio ²	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Radiología terapéutica ²	\$0 de copago por cada servicio	30% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago por cada servicio	30% de coseguro

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	30% de coseguro; 1 por año *
	Aparatos auditivos ²	Crédito de \$2,000 para hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años. *	Los aparatos auditivos están disponibles en todo el país a través de pedidos por correo a UnitedHealthcare Hearing. *
Servicios dentales de rutina	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *
	Servicios integrales ²	\$0 de copago por los servicios dentales integrales *	\$0 de copago por los servicios dentales integrales *
	Límite de beneficios	\$1,500 de límite en todos los servicios dentales que tienen cobertura	

Beneficios

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año*	30% de coseguro; 1 cada año*
	Artículos para la vista	\$0 de copago cada 2 años; hasta \$200 para marcos y lentes de contacto. Los lentes estándar (lentes monofocales, bifocales, trifocales o progresivos) están totalmente cubiertos.*	50% de coseguro cada 2 años; hasta \$200 para marcos y lentes de contacto. Los lentes estándar (lentes monofocales, bifocales, trifocales o progresivos) están totalmente cubiertos.*
Salud mental	Visita para pacientes hospitalizados ²	\$0 de copago por cada estadía	30% de coseguro por cada estadía
		Nuestro plan cubre 90 días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro	

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)²		\$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$0 de copago por día, por los días 21 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF).	
Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje²		\$0 de copago	30% de coseguro
Ambulancia² Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia.		\$0 de copago por transporte terrestre \$0 de copago por transporte aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre 20% de coseguro por transporte aéreo
Transporte de rutina		\$0 de copago; 24 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados *	75% de coseguro *
Medicamentos de la Parte B de Medicare Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a terapia escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información más detallada sobre este beneficio.	Medicamentos para quimioterapia ²	\$0 de copago	20% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B ²	\$0 de copago	20% de coseguro

Medicamentos con receta

Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga:

Deducible anual para medicamentos con receta	Su deducible es de \$0 o \$89, según sea el nivel que recibe del programa Ayuda Adicional.
Suministro de 30 días o 90- días en una farmacia minorista de la red	
Medicamentos genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	\$0, \$1.30, \$3.60 de copago, o 15% del costo total
Todos los demás medicamentos	\$0, \$3.90, \$8.95 de copago, o 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 ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Manejo de la diabetes	Suministros para controlar la diabetes ²	\$0 de copago Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio® Flex, Accu-Chek® Guide Me, Accu-Chek® Guide y Accu-Chek® Aviva Plus. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus, Accu-Chek® SmartView y Accu-Chek® Compact Plus. Su plan no cubre otras marcas.	30% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	30% de coseguro
	Zapatos e insertos terapéuticos ²	\$0 de copago	30% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	\$0 de copago	30% de coseguro

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™		La membresía estándar le ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico participantes, incluye una orientación de acondicionamiento físico en persona, acceso a clases de acondicionamiento físico en grupo y ejercicios de agudeza mental por Internet, dependiendo de la disponibilidad. De otra manera, puede inscribirse en un programa autodirigido de acondicionamiento físico, si un sitio de la red no es conveniente, y todo sin costo alguno para usted.	
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago; por cada visita, hasta 4 visitas cada año *	30% de coseguro; por cada visita, hasta 4 visitas cada año *
Programa de cuidado de la salud a domicilio²		\$0 de copago	30% de coseguro
Cuidados paliativos		Usted no paga nada por los cuidados paliativos 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.	
NurseLine		Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
Visita de terapia ocupacional²		\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios de tratamiento relacionado con opiáceos		\$0 de copago	30% de coseguro
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago	30% de coseguro

Beneficios adicionales	Dentro de la red	Fuera de la red
Beneficio de productos para la salud	\$30 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados.	
Diálisis renal²	\$0 de copago	20% de coseguro

Los servicios con un 2 posiblemente requieren que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

*Estos beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

Beneficios de Medicaid

Información para personas que tienen Medicare y Medicaid. Los servicios que usted reciba los paga primero Medicare y luego Medicaid.

Los beneficios descritos más abajo tienen cobertura de Medicaid. También podrá ver lo que cubre Connecticut Department of Social Services 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 más abajo 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® (PPO D-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 que tiene derecho, llame a Connecticut Department of Social Services, 1-877-284-8759.

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 su Guía para Miembros de Medicaid para obtener más información acerca de los costos compartidos y otros beneficios adicionales que están cubiertos.

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP)
Tratamiento para dejar de fumar	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado preventivo	Con cobertura	Con cobertura
Visitas al médico	Con cobertura	Con cobertura
Planificación familiar	Con cobertura	Sin cobertura
Estadías en el hospital	Con cobertura	Con cobertura
Fisioterapia/terapia ocupacional/terapia del habla	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de audiología y aparatos auditivos	Con cobertura	Con cobertura
Equipo médico duradero	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado ambulatorio	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de laboratorio	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de maternidad	Con cobertura	Sin cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP)
Diálisis	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la salud a domicilio	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de cuidados paliativos	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado para pacientes ambulatorios en un hospital	Con cobertura	Con cobertura
Radiografías y otros servicios de radiología	Con cobertura	Con cobertura
Prótesis y dispositivos ortóticos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de salud del comportamiento	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de salud dental	Con cobertura	Con cobertura
Farmacia	Con cobertura	Con cobertura
Transporte en situaciones que no son una emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Servicio de consulta Nurse Advice Line	Con cobertura	Con cobertura
Reuniones en la comunidad	Con cobertura	Sin cobertura
Cuidado de emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Personal de Servicio al Cliente	Con cobertura	Sin cobertura
Cuidados de la vista	Con cobertura	Con cobertura
Transporte para ir a citas médicas	Con cobertura	Con cobertura

Información necesaria

Los planes están asegurados a través de 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. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del Estado como de Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual “Medicare y Usted”. El manual está disponible en Internet en el sitio <https://es.medicare.gov>, de otra manera 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.

UnitedHealthcare Insurance Company cumple con las leyes federales referentes a derechos civiles y no discrimina en términos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-814-6894 (TTY：711)。

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the first page of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.

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

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha utilizado la entrega a domicilio de OptumRx, para surtir sus medicamentos, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle aproximadamente en diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711. OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.

La participación en el programa Renew Active™ es voluntaria. Antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud, consulte a su médico. Renew Active incluye una membresía para acondicionamiento físico estándar. Los equipos, clases, planes de acondicionamiento físico personalizados y eventos pueden variar según el lugar.

Ciertos servicios, clases y eventos son proporcionados por compañías afiliadas a UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados con UnitedHealthcare. La participación en AARP® Staying Sharp y en Fitbit® Community for Renew Active está sujeta a la aceptación de parte suya de sus respectivos términos y políticas. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área.

El servicio de Nurseline no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia o de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le brinda su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene de acuerdo con la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.

Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

- ✓ Revise la lista completa de los beneficios que aparecen en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente los servicios para los que normalmente consulta a un médico. Llámenos o visítenos en Internet para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente usted tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.

Explicación de las reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que Medicaid o alguien más se encargue de pagarla. Esta prima normalmente se deduce de su cheque mensual del Seguro Social.
- ✓ Es posible que los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar ofrecerle tratamiento. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar el cuidado.
- ✓ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales con Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.