

Resumen de Beneficios 2020



Descripción general de su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)

H5008-009-000

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 **1-844-560-4944**, TTY **711**

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



www.UHCCommunityPlan.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.UHCCommunityPlan.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® LP (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS 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 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 (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.
- Individuo calificado como discapacitado que trabaja (Qualified Disabled and Working Individual, QDWI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte A. La oficina estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **Persona que cumple los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La oficina estatal de Medicaid 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 abajo. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **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.

- **Beneficiario de Medicare especificado de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid solamente paga la prima de la Parte B. La oficina estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.

- **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:

New Mexico: Chaves, Cibola, Colfax, Curry, Otero, Quay, Rio Arriba, Roosevelt, San Juan, San Miguel, Socorro, Taos, Torrance.

Utilice proveedores y farmacias de la red.

UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-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 la lista de medicamentos (formulario) para saber qué medicamentos están cubiertos y si existe algún tipo de restricción.

UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)

Primas y beneficios	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$12.70	
Deducible médico anual	<p>Para el año 2020, usted paga el deducible de la Parte B de Medicare Original (de manera combinada, dentro y fuera de la red).</p> <p>Para 2020 el deducible de Medicare es de \$198.</p> <hr/> <p>Se aplica el deducible solamente a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare:</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios - Centro de cirugía ambulatoria (ASC) (dentro de la red)</p> <p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios - Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (dentro de la red)</p> <p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios (dentro de la red)</p> <p>Visita al médico - Médico primario (dentro de la red)</p> <p>Visita al médico - Especialistas (dentro de la red)</p> <p>Visitas al médico - Visitas virtuales con el médico</p> <p>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) (dentro de la red)</p> <p>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Servicios de laboratorio (dentro de la red)</p> <p>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Pruebas y procedimientos de diagnóstico (dentro de la red)</p> <p>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Radiología terapéutica (dentro de la red)</p> <p>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías - Radiografías para pacientes ambulatorios (dentro de la red)</p> <p>Servicios para la audición - Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio (dentro de la red)</p> <p>Servicios para la vista - Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos (dentro de la red)</p> <p>Servicios para la vista - Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas (dentro de la red)</p>	

Primas y beneficios

Dentro de la red

Fuera de la red

Salud mental - Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
Salud mental - Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios
Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje (dentro de la red)
Ambulancia terrestre
Ambulancia aérea
Medicamentos de la Parte B de Medicare - Medicamentos para quimioterapia (dentro de la red)
Medicamentos de la Parte B de Medicare - Otros medicamentos de la Parte B (dentro de la red)
Cuidado quiropráctico - Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (dentro de la red)
Manejo de la diabetes - Suministros para controlar la diabetes (dentro de la red)
Manejo de la diabetes - Zapatos e insertos terapéuticos (dentro de la red)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados - Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) (dentro de la red)
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados - Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) (dentro de la red)
Cuidado de los pies (servicios de podiatría) - Exámenes y tratamiento de los pies (dentro de la red)
Visita de terapia ocupacional (dentro de la red)
Servicios de tratamiento relacionado con opiáceos (dentro de la red)
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias - Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias - Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios
Diálisis renal (dentro 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)	\$6,700 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	Ilimitado fuera de la red
	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® LP (HMO-POS D-SNP)

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados²		\$0 de copago hasta: \$1,408 de deducible por los días 1 a 60; \$352 de copago cada día por los días 61 a 90; \$0 de copago por día, por un número de días ilimitado, en adelante. Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en un hospital como paciente hospitalizado.	Sin cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico \$0 de copago a 20% de coseguro, de otra manera	Sin cobertura
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico \$0 de copago a 20% de coseguro, de otra manera	Sin cobertura
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Visitas al médico	Médico primario	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Especialistas ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	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
Cuidado preventivo	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	Vacunas antigripales: \$0 de copago Todos los demás servicios: Sin cobertura
		<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>	

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
		<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> <hr/> <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.</p> <p>Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.</p>	
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año	Sin cobertura
Cuidado de emergencia		<p>\$0 de copago a \$90 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 a \$65 de copago	

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) ²	\$0 de copago a 20% de coseguro por cada servicio	Sin cobertura
	Servicios de laboratorio ²	\$0 de copago	Sin cobertura
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiología terapéutica ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiografías para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año	Sin cobertura
	Aparatos auditivos ²	Crédito de \$2,000 para hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años.	Sin cobertura
Servicios dentales de rutina	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro	Sin cobertura
	Servicios integrales ²	\$0 de copago por los servicios dentales integrales	Sin cobertura
	Límite de beneficios	\$2,000 de límite en todos los servicios dentales que tienen cobertura	

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 a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	Sin cobertura
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago; 1 cada año	Sin cobertura
	Artículos para la vista	\$0 de copago cada 2 años; hasta \$200 para lentes/marcos y lentes de contacto	Sin cobertura
Salud mental	Visita para pacientes hospitalizados ²	\$0 de copago hasta: \$1,408 de deducible por los días 1 a 60; \$352 de copago cada día por los días 61 a 90; \$704 de copago cada día por los días 91 a 150 (días de reserva una vez en la vida) Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.	Sin cobertura
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro

Beneficios		Dentro de la red	Fuera de la red
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)² (La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)		\$0 de copago hasta: \$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$176 de copago por día, por los días 21 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF).	Sin cobertura
Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje²		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Ambulancia² Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia.		\$0 de copago a 20% de coseguro por transporte terrestre \$0 de copago a 20% de coseguro por transporte aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre 20% de coseguro por transporte aéreo
Transporte de rutina		\$0 de copago; 36 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados	Sin cobertura
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 a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Otros medicamentos de la Parte B ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

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 a 20% de coseguro	Sin cobertura
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.	Sin cobertura
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	Sin cobertura
	Zapatos e insertos terapéuticos ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™		Membresía estándar en los centros de acondicionamiento físico participantes que ofrecen clases de acondicionamiento físico en grupo, dependiendo de la disponibilidad. Por ejemplo: programas de ejercicios de agudeza mental por Internet, actividades de acondicionamiento físico y una orientación al respecto, en persona, sin costo alguno para usted. Para obtener todos los detalles acerca del programa, visite www.UHCRenewActive.com , y haga clic en el enlace “Términos y Condiciones” que aparece al pie de página.	
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago; por cada visita, hasta 4 visitas cada año	Sin cobertura
Beneficio de comidas²		\$0 de copago; por la cobertura del beneficio del programa de entrega de comida a domicilio. Se aplican restricciones. Este proveedor debe usarse para este beneficio, tanto dentro como fuera de la red.	
Programa de cuidado de la salud a domicilio²		\$0 de copago	Sin cobertura
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 a 20% de coseguro	Sin cobertura
Servicios de tratamiento relacionado con opiáceos		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

Beneficios adicionales		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
Beneficio de productos para la salud		\$200 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados.	
Sistema personal de respuesta ante emergencias		Con el sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS), basta oprimir un botón para obtener ayuda. Puede tener la tranquilidad de saber que, ante cualquier situación de emergencia, con el dispositivo de monitoreo PERS en casa, puede obtener ayuda rápidamente, las 24 horas del día, sin ningún costo adicional. El dispositivo es un botón liviano que lo puede llevar en la muñeca o como un colgante; además, según sea el modelo, puede detectar caídas automáticamente. Para aprovechar este beneficio, usted debe tener una línea de teléfono fija o un teléfono celular.	
Díálisis renal²		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura fuera de la red (excepto en situaciones de emergencia).
Programa Solutions for Caregivers		\$0 de copago; puede contar con un administrador de cuidado de la salud con experiencia para que le ayude a planear y acceder a los recursos disponibles para el cuidado de un ser querido. Los servicios están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

Los servicios con un 2 posiblemente requieren que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro 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 NM Human Services Department 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® LP (HMO-POS 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 NM Human Services Department, 1-888-997-2583.

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.

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Servicios dentales adicionales	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de los pies adicional	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la audición adicionales	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la vista adicional	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia	Con cobertura	Sin cobertura, más allá de lo que cubre Medicare Original
Medición de la masa ósea (Para beneficiarios de Medicare con riesgo)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación cardíaca o pulmonar	Con cobertura	Con cobertura
Gestión de casos	Con cobertura	Con cobertura
Ciertos servicios de cuidado de la salud mental	Con cobertura	Sin cobertura
Quimioterapia	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Servicios de quimioterapia	Con cobertura	Con cobertura
Exámenes médicos / Pruebas de detección para la salud infantil (Servicios de pruebas de detección relacionados con EPSDT [pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos])	Con cobertura	Sin cobertura, más allá de lo que cubre Medicare Original
Cuidado quiropráctico	Sin cobertura	Con cobertura
Enfermedad renal crónica o enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD)	Con cobertura	Con cobertura
Exámenes de detección de cáncer colorrectal	Con cobertura	Con cobertura
Exámenes colorrectales (Para beneficiarios de Medicare de 50 o más años de edad)	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado dental Programa Title 19 Personas adultas de 21 años o más de edad	Con cobertura	Con cobertura
Servicios dentales	Con cobertura	Con cobertura
Evaluación de depresión	Con cobertura	Con cobertura
Servicios dermatológicos (de la piel)	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

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Observación directa del tratamiento (Directly Observed Treatment, DOT) para la curación de la tuberculosis	Con cobertura	Con cobertura
Visitas al consultorio médico	Con cobertura	Con cobertura
Equipo médico duradero	Con cobertura	Con cobertura
Terapia electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT)	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Planificación familiar	Con cobertura	Sin cobertura
Psicoterapia familiar	Con cobertura	Con cobertura
Servicios en centros de cuidado de la salud que han sido aprobados a nivel federal	Con cobertura	Con cobertura
Centros de cuidado de la salud que han sido aprobados a nivel federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC)	Con cobertura	Con cobertura
Vacunas contra la gripe	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de los pies	Con cobertura	Con cobertura
Terapia familiar con fines funcionales (Functional Family Therapy, FFT) (para menores de 21 años de edad)	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de glaucoma	Con cobertura	Con cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Tecnología asistencial	Con cobertura	Sin cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Servicio de un cuidador personal - A cargo de un proveedor o del propio miembro	Con cobertura	Sin cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Apoyo integral - A cargo de un proveedor o del propio miembro	Con cobertura	Sin cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Cuidado de custodia o en el lugar de residencia	Con cobertura	Sin cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Servicios de telesalud a domicilio	Con cobertura	Sin cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Cuidado médico intensivo de manera intermitente (Intermittent Intensive Medical Care, IIMC)	Con cobertura	Sin cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Cuidado personal a largo plazo en la comunidad - A cargo del proveedor del cuidador o del propio miembro	Con cobertura	Sin cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Relevo del cuidador médico	Con cobertura	Sin cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Cuidados médicos especializados	Con cobertura	Sin cobertura
Exención para servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) - Capacidades para sobrevivir en situaciones de transición	Con cobertura	Sin cobertura
Evaluación de factores de riesgo de la salud y exámenes de bienestar	Con cobertura	Con cobertura
Aparatos auditivos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la audición	Con cobertura	Con cobertura
Vacuna contra la hepatitis B	Con cobertura	Con cobertura
Examen de detección de VIH	Con cobertura	Con cobertura
Análisis de detección y asesoramiento del VIH	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de detección y tratamiento de VIH/SIDA	Con cobertura	Con cobertura
Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS)	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de cuidados a domicilio	Con cobertura	Sin cobertura
Cuidado de la salud a domicilio	Con cobertura	Con cobertura
Cuidados paliativos	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Hospital Salud del comportamiento como paciente hospitalizado	Con cobertura	Con cobertura
Virus de papiloma humano	Con cobertura	Con cobertura
Histerectomía	Con cobertura	Con cobertura
Vacunas para personas de 19 y 20 años	Con cobertura	Con cobertura
Vacunas para mayores de 21 años	Con cobertura	Con cobertura
Vacunas	Con cobertura	Con cobertura
Vacunas (Vacuna contra la pulmonía, vacuna contra la gripe y vacuna contra la hepatitis B [para beneficiarios de Medicare que tienen factores de riesgo])	Con cobertura	Con cobertura
Terapia de infusión	Con cobertura	Con cobertura
Medicamentos inyectables	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados (Menores de 21 años de edad)	Con cobertura	Con cobertura
Coordinación de terapia intensiva/Administración de casos	Con cobertura	Con cobertura
Centros de cuidados intermedios	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Servicios de cuidado a largo plazo o de un asilo de convalecencia	Con cobertura	Sin cobertura
Degeneración macular	Con cobertura	Con cobertura
Mamografías	Con cobertura	Con cobertura
Mamografías (Examen de detección anual)(para mujeres de 40 o más años de edad que tienen Medicare)	Con cobertura	Con cobertura
Mastectomías	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de maternidad	Con cobertura	Con cobertura
Transferencia de registros médicos	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la salud mental	Con cobertura	Con cobertura
Programas de tratamiento de mantenimiento con metadona (Methadone Maintenance Treatment Programs, MMTP)	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de una partera (Enfermera partera certificada)	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas neuropsicológicas (No de naturaleza psiquiátrica)	Con cobertura	Con cobertura
Bebés recién nacidos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para bebés recién nacidos	Con cobertura	Con cobertura
Exámenes de obstetricia/ ginecología	Con cobertura	Con cobertura
Cirugía para tratar la obesidad	Con cobertura	Con cobertura
Suministros para ostomía	Con cobertura	Con cobertura
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Productos de venta sin receta	Sin cobertura	Con cobertura
Terapia con oxígeno	Con cobertura	Con cobertura
Manejo del dolor	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos (para mujeres que tienen Medicare)	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la salud diurno a nivel pediátrico (Pediatric Day Health Care, PDHC)	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de apoyo entre iguales	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de cuidado personal	Con cobertura	Sin cobertura
Servicios de respuesta en casos de emergencia personal (Personal Emergency Response Services, PERS)	Con cobertura	Sin cobertura
Manejo farmacológico (para personas de cualquier edad)	Con cobertura	Con cobertura
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	Con cobertura	Con cobertura
vacuna antineumocócica	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado prenatal o posnatal	Con cobertura	Con cobertura
Prueba de embarazo	Sin cobertura	Sin cobertura
Servicios relacionados con el embarazo	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado antes y después del parto	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de cuidados prenatales	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Beneficios de medicamentos con receta	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado preventivo	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de enfermería privada	Con cobertura	Con cobertura
Exámenes para la detección de cáncer de la próstata (para hombres de 50 o más años de edad que tienen Medicare)	Con cobertura	Con cobertura
Exámenes de detección de cáncer de próstata	Con cobertura	Con cobertura
Prótesis	Con cobertura	Con cobertura
Centros residenciales de tratamiento psiquiátrico (Psychiatric Residential Treatment Facilities, PRTF) (para menores de 21 años de edad)	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas psicológicas	Con cobertura	Con cobertura
Rehabilitación psicosocial	Con cobertura	Con cobertura
Rehabilitación psicosocial (Psychosocial Rehabilitation, PSR)	Con cobertura	Con cobertura
Radioterapia	Con cobertura	Con cobertura
Radiología y generación de imágenes con fines médicos	Con cobertura	Con cobertura
Cirugía reconstructiva	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de rehabilitación para residentes de Residencias de la Comunidad (Community Residences, CR) que cuenten con licencia de OMH, y para Programas de tratamiento basados en la familia	Con cobertura	Sin cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Diálisis renal	Con cobertura	Con cobertura
Servicios residenciales para el abuso de sustancias, acatando los Niveles de Cuidados establecidos por la American Society of Addiction Medicine (ASAM)	Con cobertura	Con cobertura
Terapia respiratoria	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de relevo del cuidador	Con cobertura	Sin cobertura
Clínicas de salud en áreas rurales	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual	Con cobertura	Con cobertura
Servicios proporcionados por profesionales de cuidado de la salud de nivel medio	Con cobertura	Con cobertura
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas	Con cobertura	Con cobertura
Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF)	Con cobertura	Con cobertura
Productos y programas para dejar de fumar	Con cobertura	Con cobertura
Medicamentos de especialidad - Inyectables	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de médicos especialistas	Con cobertura	Con cobertura
Solicitud de esterilización, personas de 21 años o más de edad (Ligadura de trompas)	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP (HMO-POS D-SNP)
Servicios de vendaje con fines quirúrgicos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios de telesalud	Con cobertura	Con cobertura
Casas hogar con fines terapéuticos (Therapeutic Group Homes, TGH) (para menores de 21 años de edad)	Con cobertura	Con cobertura
Articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ)	Con cobertura	Con cobertura
Trasplantes	Con cobertura	Con cobertura
Transporte (De rutina)	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de urgencia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios requeridos de urgencia	Con cobertura	Con cobertura
Vasectomía	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de la vista	Con cobertura	Con cobertura
Bienvenido a Medicare y la Consulta de bienestar anual	Con cobertura	Con cobertura
Vacunas y consultas preventivas para bebés y niños	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la salud femenina	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.

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. Si no aparecen en la lista, probablemente usted tendrá que elegir otro médico.
- ✓ 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. Además, es posible que usted pague un copago más alto por los servicios que reciba de proveedores no contratados.
- ✓ 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.