

Resumen de Beneficios 2021

Plan Medicare Advantage
con Cobertura de
Medicamentos con Receta

UnitedHealthcare Dual Complete® LP1 (HMO-POS D-SNP)
H0169-004-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **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 2021 al 31 de diciembre de 2021

La información sobre 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 (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en www.UHCCommunityPlan.com, o 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.

Acerca de este plan.

UnitedHealthcare Dual Complete® LP1 (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

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

Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP); es para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores.

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

- Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y de la Parte B, deducibles, coseguros y copagos. Usted no paga nada, excepto sus copagos por 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 proporciona 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 pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo 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 proporciona 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 pagar los compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo 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 su categoría de participación en Medicaid, es posible que el costo compartido que le corresponde también aumente o disminuya. Usted debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo cobertura de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

Kansas: Allen, Anderson, Atchison, Bourbon, Butler, Chase, Cherokee, Coffey, Cowley, Crawford, Doniphan, Douglas, Elk, Ellsworth, Franklin, Greenwood, Harvey, Jackson, Jefferson, Johnson, Labette, Leavenworth, Lincoln, Linn, Marion, McPherson, Miami, Morris, Nemaha, Neosho, Osage, Ottawa, Pottawatomie, Sedgwick, Stafford, Sumner, Wabaunsee, Washington, Wilson, Woodson, Wyandotte.

Use proveedores y farmacias de la red.

UnitedHealthcare Dual Complete® LP1 (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 de la red.

Puede visitar www.UHCCommunityPlan.com para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los Directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

UnitedHealthcare Dual Complete® LP1 (HMO-POS D-SNP)

Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$31.80	
Deducible médico anual	Su deducible es de \$198 por año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.	Sin deducible
Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$7,550 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	Un número ilimitado fuera de la red
	<p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.</p>	

UnitedHealthcare Dual Complete® LP1 (HMO-POS D-SNP)

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados²		\$0 de copago a \$1,400 de copago por cada estadía 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 De lo contrario, \$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
Visitas al médico	Proveedor de Cuidado Primario	\$0 de copago	Sin cobertura
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago; Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	
	Especialistas ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
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 (mamografía)</p> <p>Enfermedad cardiovascular (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 para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (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.	
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año	Sin cobertura
Cuidado de emergencia		\$0 de copago a \$90 de copago (\$0 de copago por cobertura mundial) por cada visita Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.	
Servicios requeridos de urgencia		\$0 de copago a \$65 de copago (\$0 de copago si se trata de cobertura mundial)	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) ²	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$0 de copago a 20% de coseguro, de otra manera	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

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	Sin cobertura
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago; 1 por año	Sin cobertura
	Aparatos auditivos ²	Asignación de \$2,500 para aparatos auditivos, hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años.	Sin cobertura
Beneficios de Routine Dental	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro	Sin cobertura
	Integrales ²	\$0 de copago por servicios dentales integrales	Sin cobertura
	Límite de beneficios	\$3,500 de límite en todos los servicios dentales cubiertos	
Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ²	\$0 de copago	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 año; hasta \$400 para marcos y lentes de contacto. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.	Sin cobertura

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental	Visita como paciente hospitalizado ²	\$0 de copago a \$1,400 de copago por cada estadía	40% de coseguro por cada estadía
	Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.		
	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
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago. Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	
Centro de enfermería especializada (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 \$185.50 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

Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
Transporte de rutina		\$0 de copago; 60 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, incluso viajes al gimnasio	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

Deducible anual para medicamentos con receta	\$0
Suministro de 30 días o 90 días en una farmacia minorista de la red	
Todos los Medicamentos Cubiertos	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Acupuntura	Acupuntura cubierta por Medicare ²	\$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario \$0 de copago a 20% de coseguro por los servicios prestados por un especialista	Sin cobertura de los servicios prestados por un médico de cuidado primario Sin cobertura de los servicios prestados por un especialista
Cuidado quiropráctico	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación ²	\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura
	Cuidado quiropráctico de rutina	\$0 de copago; 20 visitas de quiropráctica por año	Sin cobertura

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Manejo de la Diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>	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™		<p>El programa Renew Active le ofrece una membresía estándar a un gimnasio en una extensa red de centros de acondicionamiento físico en todo el país, además de un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico por Internet y un programa para la agudeza mental por Internet, todo sin costo para usted.</p> <p>Con el beneficio de acondicionamiento físico obtiene además un dispositivo Fitbit que registra sus actividades físicas, sin costo para usted.</p>	
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 6 visitas cada año	Sin cobertura
Beneficio de comidas²		\$0 de copago; Comidas proporcionadas hasta 2 veces por año calendario, inmediatamente después de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada.	
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 del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos²		\$0 de copago	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
Tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC)		\$400 de crédito por trimestre para usar en la compra de productos para la salud aprobados en sitios minoristas de la red. Realice su pedido por Internet, por teléfono o por correo a través del Catálogo de Productos de FirstLine.	
Beneficio de Alimentos Saludables		\$50 de crédito por mes para la compra de alimentos saludables tales como verduras, frutas, granos, leche, carnes y más.	
Sistema personal de respuesta ante emergencias		Puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo de monitoreo PERS puede darle la confianza de saber que, ante cualquier situación de emergencia, usted puede recibir ayuda rápidamente, las 24 horas del día, sin costo adicional.	
Diálisis renal²		\$0 de copago a 20% de coseguro	Sin cobertura fuera de la red (excepto en situaciones de emergencia).

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

Deducible del Plan

Su plan tiene un deducible para ciertos servicios. La información sobre 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 (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos.

Se aplica el deducible a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario.

Deducible Médico Anual

Su deducible es de \$198 por año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

Funciona de la siguiente manera:

1. Usted paga el deducible total de su plan; luego,
2. Usted paga su copago o coseguro; finalmente,
3. Su plan paga el resto.

Se aplica el deducible dentro de la red a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario:

Dentro de la Red

Lista de servicios que corresponden

Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios

- Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico
- Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico
- Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios

Visitas al Médico

- Médico Primario
- Especialistas

Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiología y Radiografías

- Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico
- Servicios de laboratorio
- Pruebas y procedimientos de diagnóstico
- Radiología terapéutica
- Radiografías para pacientes ambulatorios

Servicios para la Audición

- Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio
-

Servicios para la Vista

- Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos
- Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas

Salud Mental

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Visita de Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje

Ambulancia (Todo lo que no es de emergencia)

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- Medicamentos para quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

Acupuntura

- Acupuntura cubierta por Medicare

Cuidado Quiropráctico

- Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación

Manejo de la Diabetes

- Suministros para el control de la diabetes
- Plantillas o zapatos terapéuticos

Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados

- Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)
- Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)

Cuidado de los Pies (servicios para podiatría)

- Exámenes y tratamiento de los pies

Visita de Terapia Ocupacional

Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos

Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Diálisis Renal

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 a continuación tienen cobertura de Medicaid. También podrá ver lo que cubre KanCare (Kansas Department of Health and Environment) 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. Si tiene preguntas sobre los requisitos que debe cumplir para Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a KanCare (Kansas Department of Health and Environment), 1-800-792-4884.

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® LP1 (HMO-POS D-SNP)
Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Visitas al Consultorio Médico	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado Preventivo	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de Emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios Requeridos de Urgencia	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiología y Radiografías	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la Audición	Con cobertura	Con cobertura
Servicios Dentales	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la Vista	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® LP1 (HMO-POS D-SNP)
Cuidado de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de Salud Mental	Con cobertura	Con cobertura
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia	Con cobertura	Con cobertura
Transporte (de Rutina)	Con cobertura	Con cobertura
Beneficios de Medicamentos con Receta	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado Quiropráctico	Sin cobertura	Con cobertura
Suministros y Servicios para la Diabetes	Con cobertura	Con cobertura
Equipo Médico Duradero	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de los Pies	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio	Con cobertura	Con cobertura
Cuidados Paliativos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Diálisis Renal	Con cobertura	Con cobertura
Prótesis	Con cobertura	Con cobertura

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 aparece 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 pregunte 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 la pague Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ 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 darle atención. 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 que tienen 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.

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". Puede consultarlo en Internet en es.medicare.gov o pedir 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 todas las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. 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 Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

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.

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 y 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.

El uso de un dispositivo de Fitbit es voluntario. Consulte a un profesional de cuidado de la salud antes de comenzar un programa de ejercicios. La disponibilidad del beneficio Fitbit varía según el plan o el mercado. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles. Fitbit es una marca registrada de Fitbit, Inc. ©2017 Fitbit, Inc. Todos los derechos reservados.

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 estándar en un programa de acondicionamiento físico. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según el lugar.

Algunos servicios, clases y eventos son proporcionados por afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados con UnitedHealthcare. La participación en AARP® Staying Sharp y en Fitbit® Community para Renew Active está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes.

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. La disponibilidad del 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.

UHKS21PO4760766_002