

# Resumen de Beneficios 2021

Plan Medicare Advantage  
con Cobertura de  
Medicamentos con Receta

**UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 1 (HMO D-SNP)**  
H4527-004-000

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](http://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](http://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® Plan 1 (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO 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. Algunas personas reciben beneficios completos de Medicaid. Otras solamente reciben ayuda para pagar ciertos costos de Medicare, que posiblemente incluyan primas, deducibles, coseguros o copagos.

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 Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid solamente 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.
- Individuos Incapacitados y Empleados Calificados (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.
- Individuo Calificado (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 a continuación. 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 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.
  
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** 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. 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 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:

**Texas:** Aransas, Kleberg, Nueces, San Patricio.

## **Use proveedores y farmacias de la red.**

UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 1 (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Este plan de salud requiere que usted elija un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red. Su proveedor de cuidado primario se encarga de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina y será el responsable de coordinar todo su cuidado. Si necesita consultar a un especialista de la red o a otro proveedor de la red, es posible que tenga que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario. Antes de elegir a su proveedor de cuidado primario del plan, le conviene informarse de cuáles serían los especialistas y los hospitales que dicho proveedor le recomendaría o para los que le daría una referencia. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible

que el plan no pague esos servicios o medicamentos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [www.UHCCommunityPlan.com](http://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® Plan 1 (HMO D-SNP)

## Primas y beneficios

|   | Dentro de la red   |
|---|--|
| <b>Prima mensual del plan</b>   | \$21.90  |
| <b>Deducible Médico Anual</b>   | Este plan no tiene un deducible.   |
| <b>Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)</b> | <p>\$3,350 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.</p> <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® Plan 1 (HMO D-SNP)

## Beneficios

|  |   | Dentro de la red   |
|--|---|--|
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados<sup>1,2</sup></b>   |   | \$0 de copago a \$350 de copago por cada estadía<br><br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><br><br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>1,2</sup>                                  | \$0 de copago  |
|  | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>1,2</sup> | \$0 de copago  |
|  | Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>   | \$0 de copago  |
| <b>Visitas al médico</b>   | Proveedor de Cuidado Primario   | \$0 de copago  |
|  | 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 <sup>1,2</sup>  | \$0 de copago  |

## Beneficios

|                           |                       | Dentro de la red  |
|---------------------------|-----------------------|---|
| <b>Cuidado preventivo</b> | Cubierto por Medicare | <p>\$0 de copago</p> <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> <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> |

## Beneficios

|   |   | Dentro de la red   |
|---|---|--|
|   | Examen médico de rutina   | \$0 de copago; 1 por año   |
| <b>Cuidado de emergencia</b>  |   | \$0 de copago a \$90 de copago (\$0 de copago por cobertura mundial) por cada visita<br>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. |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>   |   | \$0 - \$20 de copago (mundial)   |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías</b> | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) <sup>1,2</sup>                           | \$0 de copago  |
|   | Servicios de laboratorio <sup>1,2</sup>   | \$0 de copago  |
|   | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>1,2</sup>                                    | \$0 de copago  |
|   | Radiología terapéutica <sup>1,2</sup>   | \$0 de copago por cada servicio  |
|   | Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>                                   | \$0 de copago por cada servicio  |
| <b>Servicios para la audición</b>   | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio <sup>1,2</sup> | \$0 de copago  |
|   | Examen de audición de rutina  | \$0 de copago; 1 por año   |
|   | Aparatos auditivos <sup>2</sup>   | Asignación de \$2,500 para aparatos auditivos, hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años.   |



## Beneficios

|                                     |   | Dentro de la red  |
|-------------------------------------|---|---|
| <b>Beneficios de Routine Dental</b> | Preventivos   | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro  |
| <b>Servicios para la vista</b>      | Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>1,2</sup> | \$0 de copago   |
|                                     | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas <sup>1</sup>                  | \$0 de copago   |
|                                     | Examen de la vista de rutina  | \$0 de copago; 1 cada año   |
|                                     | Artículos para la vista   | \$0 de copago cada 2 años; hasta \$300 para marcos y lentes de contacto. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos. |
| <b>Salud mental</b>                 | Visita como paciente hospitalizado <sup>1,2</sup>   | \$0 de copago a \$350 de copago por cada estadía  |
|                                     |   | Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.   |
|                                     | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>                     | \$0 de copago   |
|                                     | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>                   | \$0 de copago   |
|                                     | 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.  |

## Beneficios

|  |   | Dentro de la red  |
|--|---|---|
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1,2</sup></b>  |   | <p>\$0 de copago por día, por los días 1 a 20</p> <p>\$50 de copago por día, por los días 21 a 87</p> <p>\$0 de copago por día, por los días 88 a 100</p> |
|  |   | Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.   |
| <b>Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje<sup>1,2</sup></b>  |   | \$0 de copago   |
| <b>Ambulancia<sup>1,2</sup></b>  |   | <p>\$0 de copago a \$50 de copago por transporte terrestre</p> <p>\$0 de copago a \$50 de copago por transporte aéreo</p>                                 |
| Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia. Se requiere una referencia para el transporte en situaciones que no son una emergencia. |   |   |
| <b>Transporte de rutina</b>  |   | \$0 de copago; 60 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados   |
| <b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  | Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>  | \$0 de copago a 5% de coseguro  |
|  | Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup> | \$0 de copago a 5% de coseguro  |
| 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 con Receta

|   |  |
|---|--|
| <b>Deducible anual para medicamentos con receta</b>                         | \$0  |
| <b>Suministro de 30 días o 100 días en una farmacia minorista de la red</b> |  |
| <b>Todos los Medicamentos Cubiertos</b>                                     | \$0 de copago<br>Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días |

## Beneficios adicionales

|  |  | Dentro de la red   |
|--|--|--|
| <b>Acupuntura</b>  | Acupuntura cubierta por Medicare <sup>1,2</sup>  | \$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario<br>\$0 de copago por los servicios prestados por un especialista   |
| <b>Cuidado quiropráctico</b>                                   | Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación <sup>1,2</sup> | \$0 de copago  |
| <b>Manejo de la Diabetes</b>                                   | Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>                                  | \$0 de copago<br>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.<br><br>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.<br><br>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.<br><br>Su plan no cubre otras marcas. |
|  | Capacitación para el automanejo de la diabetes   | \$0 de copago  |
|  | Zapatos e insertos terapéuticos <sup>2</sup>   | \$0 de copago a 5% de coseguro   |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b> | Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>             | \$0 de copago a 5% de coseguro   |
|  | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>  | \$0 de copago  |

## Beneficios adicionales

|   |   | Dentro de la red  |
|---|---|---|
| <b>Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™</b>             |   | 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. |
| <b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>                               | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>1,2</sup>                       | \$0 de copago   |
| <b>Programa de cuidado de la salud a domicilio<sup>1,2</sup></b>                  |   | \$0 de copago   |
| <b>Cuidados paliativos</b>  |   | 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.                         |
| <b>NurseLine</b>  |   | Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana   |
| <b>Visita de terapia ocupacional<sup>1,2</sup></b>                                |   | \$0 de copago   |
| <b>Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos<sup>2</sup></b> |   | \$0 de copago   |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>              | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>   | \$0 de copago   |
|   | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup> | \$0 de copago   |

## Beneficios adicionales

|   | Dentro de la red   |
|---|--|
| <b>Tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC)</b> | \$105 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.            |
| <b>Sistema personal de respuesta ante emergencias</b> | 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. |
| <b>Diálisis renal<sup>1,2</sup></b>                   | \$0 de copago  |

Los servicios con un 1 posiblemente requieren una referencia de su médico.

Los servicios con un 2 posiblemente requieren que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan.

# 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 Texas Medicaid Health and Human Services Commission y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se utiliza al máximo o si no tiene cobertura de Medicare, es posible que Medicaid lo cubra. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid que usted tenga.

La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Si tiene preguntas sobre los requisitos que debe cumplir para Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Texas Medicaid Health and Human Services Commission, 1-512-424-6500.

Es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted pero esto dependerá de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Si Medicare no cubre cierto servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. Consulte 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® Plan 1 (HMO D-SNP) |
|---|---------------|--|
| <b>Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados</b>                           | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Visitas al Consultorio Médico</b>  | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Cuidado Preventivo</b>   | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Cuidado de Emergencia</b>  | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>   | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiología y Radiografías</b> | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Servicios para la Audición</b>   | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Servicios Dentales</b>   | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Servicios para la Vista</b>  | Con cobertura | Con cobertura                                      |

## Beneficios

|  | Medicaid      | UnitedHealthcare Dual Complete® Plan 1 (HMO D-SNP) |
|--|---------------|--|
| <b>Cuidado de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados</b> | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Cuidado de Salud Mental</b>                               | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b>              | Sin cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Ambulancia</b>  | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Transporte (de Rutina)</b>                                | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Beneficios de Medicamentos con Receta</b>                 | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Cuidado Quiropráctico</b>                                 | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Suministros y Servicios para la Diabetes</b>              | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Equipo Médico Duradero</b>                                | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Cuidado de los Pies</b>                                   | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</b>              | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Cuidados Paliativos</b>                                   | Sin cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b>   | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Diálisis Renal</b>  | Con cobertura | Con cobertura                                      |
| <b>Prótesis</b>  | 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.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ 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](http://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 100 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.

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.