



**Plan Medicare Advantage  
con cobertura de  
medicamentos con receta**

# Resumen de beneficios 2022

**UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP)**  
H4527-006-000

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., hora local, los 7 días de la semana



**[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**

**United  
Healthcare  
Dual Complete**

# Resumen de beneficios

## Del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022

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® (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, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- 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 paga solamente sus primas, deducibles, coseguros y copagos de la Parte A y la Parte B por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- 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 el siguiente condado de:

**Texas:** El Paso.

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

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

## Primas y beneficios

	Dentro de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	\$17.50
<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>
<b>Costo Compartido de Medicare</b>	Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica el costo compartido en esta tabla.

# UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP)

## Beneficios

		Dentro de la red
<b>Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados<sup>1,2</sup></b>		<p>\$0 de copago - \$350 de copago por cada estadía</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p>
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>  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
	Especialistas <sup>1,2</sup>	\$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.

## Beneficios

		Dentro de la red
<b>Servicios Preventivos</b>	Cubierto por Medicare	<p>\$0 de copago</p> <p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Visita de bienestar anual Medición de Masa Ósea Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) Evaluación de Depresión Pruebas de detección y control de la diabetes Prueba de detección de hepatitis C Prueba de Detección del VIH Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Servicios de terapia de nutrición clínica Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) Evaluación y asesoramiento sobre obesidad Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco) Vacunas, incluso vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19 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 - \$90 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) 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.
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>		\$0 de copago (mundial) por cada visita
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <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



## Beneficios

		Dentro de la red
<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
	Aparato auditivo <sup>2</sup>	Asignación de \$2,500 para aparatos auditivos, hasta 2 aparatos auditivos cada año a través de UnitedHealthcare Hearing.  Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual a través de Right2You (modelos selectos), a través de UnitedHealthcare Hearing.
<b>Beneficios de Routine Dental</b>	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro
	Integrales <sup>2</sup>	\$0 de copago por servicios dentales integrales
	Límite de beneficios	\$2,500 de límite en todos los servicios dentales cubiertos

## Beneficios

		Dentro de la red
<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 de rutina	\$0 de copago; hasta \$300 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.  Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos).
<b>Salud mental</b>	Visita como Paciente Hospitalizado <sup>1,2</sup>	\$0 de copago - \$350 de copago por cada estadía  Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el 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 100, o</p> <p>\$0 de copago por día, por los días 1 a 20 hasta \$50 de copago por día, por los días 21 a 87 y</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 - \$100 de copago por transporte terrestre</p> <p>\$0 de copago - \$100 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 en una sola dirección por año desde o hacia sitios aprobados
<b>Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>	\$0 de copago - 10% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>	<p>\$0 de copago por antígenos para alergias</p> <p>\$0 de copago - 10% de coseguro por todos los demás</p>
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

---

**Deducible anual  
para  
medicamentos  
con receta**

\$0

---

## Suministro de 30 o 100 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
<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>	<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®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, 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>
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Zapatos e insertos terapéuticos <sup>2</sup>	\$0 de copago - 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 - 5% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	\$0 de copago - 10% de coseguro

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red
<b>Programa de acondicionamiento físico</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 para podiatría)</b>	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>1,2</sup>	\$0 de copago
<b>Beneficio de Comidas<sup>2</sup></b>		\$0 de copago. Las comidas son proporcionadas hasta 2 veces por cada año calendario, inmediatamente después de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada.
<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 cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del 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

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red
<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
<b>Tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC) + Alimentos Saludables</b>		\$85 de crédito cada mes en una tarjeta prepagada para comprar productos para la salud aprobados o para la compra de alimentos saludables en sitios minoristas de la red. Obtenga opciones de entrega a domicilio cuando usted realiza pedidos por Internet, por teléfono o por correo. El crédito se carga el primer día de cada mes y vence el último día de cada mes.
<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

	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP)</b>
<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® (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>	Con 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>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Díálisis Renal</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Prótesis</b>	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.

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 no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, letra grande, audio o bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-480-1086, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben comunicarse al 711). Los horarios de atención son de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-480-1086 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m. - 8 p.m. local time, 7 days a week.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

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 envíe 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 RenewActive® es voluntaria. Consulte a su médico 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. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. AARP® Staying Sharp es la marca registrada de AARP. 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 acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

El servicio de Nurseline no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o visite 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 de su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.