



# Guía de Inscripción 2024

**UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)**

H2406-099-000

**Área de servicio:** District of Columbia - District of Columbia

United  
Healthcare®

# Los planes de salud de UnitedHealthcare están aquí para lo que a usted le importa, hoy y mañana



## Planes diseñados para adaptarse a su vida

Con planes diseñados para todos los estilos, etapas y edades, hay un plan de UnitedHealthcare que se adapta a su vida. Use su UCard® de UnitedHealthcare como su ID de miembro y mucho más. Su UCard le da acceso a una amplia red de proveedores. Desde elegir un plan hasta usar su plan, disfrute de una experiencia más fácil que nunca, según lo que informan miembros como usted.



## Más por su dinero de Medicare

Use su UCard de UnitedHealthcare para comprar alimentos saludables y productos de venta sin receta, y para pagar facturas de servicios públicos.



## Orientación para hoy y a medida que sus necesidades cambien

Cuente con nosotros para estar aquí cuando importa. Le ayudaremos a buscar el plan adecuado con información educativa sobre el plan fácil de entender, útiles herramientas en Internet y amables Especialistas en Planes de UnitedHealthcare.<sup>1</sup> Como miembro, los representantes y navegadores de UnitedHealthcare le ayudan a obtener las respuestas y el cuidado usted que necesita. Deje que los más de 45 años de experiencia de UnitedHealthcare trabajen para usted.

<sup>1</sup>Un Especialista en Planes de Medicare es un agente/productor de ventas de seguros con licencia.

# UCard le abre las puertas donde importa

Una vez que sea miembro, recibirá su nueva UCard de UnitedHealthcare por correo.  
Use su UCard cuando:



## Visite a un proveedor o surta una receta

Su UCard tiene la información del plan que usted y sus proveedores necesitan.



## Compre alimentos saludables y productos de venta sin receta, o pague facturas de servicios públicos

Use el crédito cargado en su UCard como pago en la tienda o en Internet.



## Gaste las recompensas ganadas

Compre artículos aprobados en miles de tiendas minoristas de todo el país.



# Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para las personas que tienen Medicare y la cobertura de Medicaid y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita. También puede consultar a proveedores fuera de la red si aceptan Medicare y el plan.



## Así es como funciona este plan PPO D-SNP



**Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado.**

Usted no está limitado a este proveedor de cuidado primario, pero es beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**\$0 por servicios cubiertos cuando se reciben dentro de la red.**

Consulte el Resumen de Beneficios en esta guía para saber qué servicios están cubiertos.



**No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor de la red.**



**Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos en cualquier parte del mundo.**



**Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta.** Use siempre farmacias de la red. Es posible que pague más o que pague el costo total de los medicamentos que reciba de farmacias que no están en la red.

Visite [UHCCommunityPlan.com](https://UHCCommunityPlan.com) para buscar un proveedor o una farmacia de la red en 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. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos



# Beneficios Importantes

## UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2024 para quienes obtienen cobertura del costo compartido de Medicare solamente. Medicaid paga los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare solamente por servicios cubiertos por Medicaid. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde). La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones. Llame a Servicio al Cliente: **1-866-242-7726**, TTY **711** para obtener ayuda adicional.

**Si es un Beneficiario Calificado de Medicare, pagará \$0 por sus servicios cubiertos de Medicare que también estén cubiertos por Medicaid.** Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa “Ayuda Adicional” cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.

### Costos del plan

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 con el programa “Ayuda Adicional” completo	\$41.30, según su nivel en el programa “Ayuda Adicional”
-------------------------------	--	--

### Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener información completa, consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**.

	Con Ayuda del Costo Compartido de Medicaid		Sin Ayuda del Costo Compartido de Medicaid	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible médico anual</b>	Sin deducible		\$240	
<b>Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto)</b>	\$0 dentro de la red	\$0 combinado, dentro y fuera de la red	\$8,850 dentro de la red	\$13,300 combinado, dentro y fuera de la red
<b>Visita al consultorio médico</b>				
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
Especialista	\$0 de copago (no se necesita una referencia)	\$0 de copago (no se necesita una referencia)	20% de coseguro (no se necesita una referencia)	30% de coseguro (no se necesita una referencia)
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo		\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	

## Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener información completa, consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**.

	Con Ayuda del Costo Compartido de Medicaid		Sin Ayuda del Costo Compartido de Medicaid	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago—30% de coseguro (según el servicio)
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	\$1,900 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	30% de coseguro por cada estadía por un número ilimitado de días
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por día, días 1 a 100	\$0 de copago por día, días 1 a 100	\$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$204 de copago por día, días 21 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> Terapia de grupo	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
Terapia individual	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo		\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago por las marcas que tienen cobertura	\$0 de copago	\$0 de copago por las marcas que tienen cobertura	30% de coseguro

## Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener información completa, consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**.

	Con Ayuda del Costo Compartido de Medicaid		Sin Ayuda del Costo Compartido de Medicaid	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Ambulancia</b>	\$0 copago por transporte terrestre o aéreo	\$0 copago por transporte terrestre o aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)		\$100 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)		\$40 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	

Es posible que la cobertura de Medicaid de los beneficios médicos fuera de la red varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, consulte su Evidencia de Cobertura.

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por cada año del plan*	30% de coseguro, 1 por año*
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por cada año del plan*	30% de coseguro, 1 por año*

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Artículos para la vista de rutina</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>Reciba un crédito total de \$250 para la compra de marcos/lentes y lentes de contacto cada año. Se limita a 1 par de marcos/lentes y lentes de contacto cada año.*</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de March Vision (solamente productos selectos).</p>	
<b>Servicios Dentales – preventivos</b>	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*
<b>Servicios Dentales – integrales</b>	\$0 de copago por servicios dentales integrales*	\$0 de copago por servicios dentales integrales*
<b>Servicios Dentales – límite de los beneficios</b>	<p>\$1,500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*</p> <p>Si usted elige consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0</p>	
<b>Servicios para la audición – examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*	30% de coseguro, 1 por año*
<b>Aparatos auditivos</b>	<p>El plan paga hasta \$3,600 cada año por 2 aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing.*</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).</p>	
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias*	75% de coseguro*
<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias</b>	\$0 de copago por un sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)	
<b>Cuidado de los pies – de rutina</b>	\$0 de copago, 4 visitas por año*	30% de coseguro, 4 visitas por año*
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$84 de crédito cada mes para pagar alimentos, productos de venta sin receta y ciertas facturas de servicios públicos cubiertos	
<b>Beneficio de comidas</b>	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).	
<b>Nurse hotline</b>	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al <b>1-877-440-9407</b> .	

\* Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.



**Medicamentos con receta**

<b>Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)</b>	\$0
---	-----

**Suministro de 30 días o 100 días en una farmacia minorista de la red**

<b>Todos los medicamentos cubiertos</b>	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días
---	--



Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.





# Resumen de Beneficios 2024

**UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)**  
H2406-099-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.

Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web 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



**UHCCommunityPlan.com**

**United  
Healthcare®**

Y0066\_SB\_H2406\_099\_000\_2024\_SP\_M

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, revise la Guía para Miembros en [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) o llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda. Después de que se inscriba en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Prima, deducible y límites médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0	
<b>Deducible médico anual</b>	Este plan no tiene un deducible médico.	
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$0	Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor.

<b>Beneficios médicos</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>		\$0 de copago por cada estadía	\$0 de copago por cada estadía
<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>	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago	\$0 de copago
	Especialistas <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
<b>Servicios preventivos</b>	Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año *	30% de coseguro, 1 por año *
	Cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</li> <li>□ Visita de bienestar anual</li> <li>□ Medición de masa ósea</li> </ul>	

## Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</li> <li>□ Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>□ Exámenes cardiovasculares</li> <li>□ Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> <li>□ Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>□ Evaluación de depresión</li> <li>□ Pruebas de detección y control de la diabetes</li> <li>□ Prueba de detección de hepatitis C</li> <li>□ Prueba de Detección del VIH</li> <li>□ Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Servicios de terapia de nutrición clínica</li> <li>□ Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>□ Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</li> <li>□ Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>□ Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</li> <li>□ Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>□ Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</li> <li>□ Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li> </ul>

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.

Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

### Cuidado de emergencia

\$0 de copago (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 “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.



### Servicios requeridos de urgencia

\$0 de copago (mundial) por cada visita

## Beneficios médicos


		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Servicios de laboratorio <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Radiología terapéutica <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
 <b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago, 1 por año*	30% de coseguro, 1 por año*
	Aparatos auditivos <sup>2</sup>	Una asignación de \$3,600 para una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li>• Amplia variedad de aparatos auditivos populares, incluso Beltone™, Oticon, Phonak, ReSound, Signia, Starkey®, Unitron™ y Widex®</li> <li>• La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía.</li> </ul>	
 <b>Beneficios dentales de rutina</b>	Preventivos e integrales <sup>2</sup>	\$1,500 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos* \$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales y coronas <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sin deducible anual</li> <li><input type="checkbox"/> Red dental nacional más grande de Medicare Advantage</li> <li><input type="checkbox"/> Posibilidad de consultar a cualquier dentista</li> <li><input type="checkbox"/> Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0</li> </ul>	



## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
 <b>Servicios para la vista</b>	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por año*	30% de coseguro, 1 por año*
	Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago El plan paga hasta \$250 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto*	\$0 de copago El plan paga hasta \$250 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto*
<b>Salud mental</b>	Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup> Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago por cada estadía	\$0 de copago por cada estadía
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	

<b>Beneficios médicos</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b>		\$0 de copago por día, días 1 a 100	\$0 de copago por día, días 1 a 100
Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.			
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b>		\$0 de copago por transporte terrestre	\$0 de copago por transporte terrestre
Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.		\$0 de copago por transporte aéreo	\$0 de copago por transporte aéreo
<b>Transporte de rutina</b>		\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias*	75% de coseguro*
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago

## Medicamentos con receta

**Deducible Anual**    \$0  
**para**  
**Medicamentos**  
**con Receta**

**Suministro de 30 días^ o 100 días en una farmacia minorista o en una farmacia de pedidos por correo de la red**

Todos los medicamentos cubiertos    \$0 de copago  
(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

^Los miembros que viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Beneficios adicionales			
		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cuidado quiropráctico</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$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>	\$0 de copago
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago

<b>Beneficios adicionales</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago, 4 visitas por año*	30% de coseguro, 4 visitas por año*
<b>Beneficio de comidas<sup>2</sup></b>		\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF).	
<b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$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>Línea de Asesoramiento de Enfermería</b>		Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
<b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$0 de copago

<b>Beneficios adicionales</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
 <b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	<p>\$84 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</li> <li><input type="checkbox"/> Elija entre miles de productos de venta sin receta, como pasta dental, artículos de primeros auxilios, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y más</li> <li><input type="checkbox"/> Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li> </ul>		
<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias</b>	\$0 de copago por un sistema personal de respuesta ante emergencias (personal emergency response system, PERS). Puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo PERS puede conectarle rápidamente con un operador cuando necesite ayuda, las 24 horas del día en cualquier situación.		
<b>Diálisis Renal<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$0 de copago

<sup>2</sup> Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

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

## Beneficios de Medicaid

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

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. También podrá ver lo que cubre Medicaid del Distrito y lo que cubre nuestro plan.

**La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid.** Si Medicare no cubre un 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. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Para obtener más información, consulte su Guía para Miembros. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a ESA - Department of Human Services Economic Security Administration (ESA), 1-202-671-4200.

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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, 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
<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>	Sin cobertura	Con cobertura

<b>Beneficios</b>		
	<b>Medicaid</b>	<b>UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)</b>
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Quiropráctico</b>	Sin cobertura	Con cobertura limitada
<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	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



## Acerca de este plan

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) es un plan Medicare Advantage PPO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe 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, y que no tienen ninguna responsabilidad de pago por los servicios médicos cubiertos. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores. Algunas personas reciben beneficios completos de Medicaid.

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

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

- 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 de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D.

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:

**District of Columbia:** District of Columbia.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede consultar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Además, le ofrece la flexibilidad de acceder a una red de proveedores locales. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las tablas anteriores aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **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.

## Información necesaria

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Distrito. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y con Medicaid del Distrito.

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 [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) o puede 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, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-242-7726 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-242-7726 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 days a week, October-March.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.

### **Aparatos auditivos**

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local. Las garantías de aparatos auditivos de venta sin receta, si están disponibles, variarán según el aparato y se manejan a través del fabricante. Se pueden aplicar honorarios profesionales por única vez para los aparatos auditivos con receta.

### **Beneficios dentales de rutina**

Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios dentales según Zelis Network360, mayo de 2023.

### **Artículos para la vista de rutina**

Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. La red de proveedores y tiendas minoristas puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios para la vista según Zelis Network360, marzo de 2023. Examen de la vista de rutina anual y asignación de \$100-400 para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total, ya sea anualmente o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

### **Crédito para Alimentos, Productos de Venta Sin Receta (OTC) y Facturas de Servicios Públicos**

Los beneficios de alimentos, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

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

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

OptumRx es una compañía 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 usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco 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 servicio de la Línea de Asesoramiento de Enfermería 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.

**Programa de Recompensas**

Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles con todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas.

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de manera diferente por ninguna de las siguientes razones:

- Raza o ascendencia
- Color
- Credo
- Religión
- Edad
- Nacionalidad
- Idioma
- Estado civil
- Sexo (incluida la orientación sexual e identidad de género)
- Afección médica o discapacidad (incluida la discapacidad física o mental)
- Embarazo
- Responsabilidades familiares
- Fuente del ingreso
- Lugar de residencia
- Afiliación política
- Aspecto personal

Si cree que le trataron de manera discriminatoria, puede presentar una queja a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

**[UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)**

Si necesita ayuda con su queja, llame a Servicios para Miembros al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

También puede presentar una reclamación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

**En línea:** <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

**Por teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

**Correo postal:**

U.S. Dept. of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Podemos ofrecer servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Para solicitar ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

Si necesita otro tipo de asistencia, comuníquese con la Oficina de Atención Médica del Ombudsman al 202-724-7491.

## English

If you do not speak and/or read English, please call **1-866-242-7726**, TTY **711**, between 8:00 a.m.–5:30 p.m. EST, Monday–Friday, months April–September; 8:00 a.m.–8:00 p.m. EST, 7 days a week, months October–March. A representative will assist you.

## Español

Si no habla ni lee en inglés, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del este, de abril a septiembre; y los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de octubre a marzo. Un representante le brindará asistencia.

## Amharic

እንግሊዘኛ የማይናገሩ እና/ወይም የማያነቡ ከሆነ፣ እባክዎን በ1-866-242-7726፣ TTY 711፣ ከቀኑ 8:00am - 5:30pm EST፣ ከሰኞ - አርብ፣ ወራት ከኤፕሪል - ሴፕቴምበር፣ 8:00am - 8:00pm EST፣ በሰኞን 7 ቀናት፣ ወራት ከኦክቶበር - ማርች። አንድ ተወካይ ይረዳዎታል።

## Vietnamese

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc được tiếng Anh, vui lòng gọi đến số 1-866-242-7726, TTY (Thoại văn bản) 711, từ 8:00 sa – 5:30 ch, giờ Chuẩn Miền Đông (EST), từ thứ Hai – thứ Sáu trong tháng Tư – tháng Chín; 8:00 sa – 8:00 tối, giờ Chuẩn Miền Đông (EST), 7 ngày một tuần trong tháng Mười – tháng Ba. Một nhân viên sẽ hỗ trợ cho quý vị.

## Korean

영어로 말하거나 읽지 못하는 경우, 4월~9월에는 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 30분(동부 표준시), 10월~3월에는 주 7일 오전 8시~오후 8시(동부 표준시)에 1-866-242-7726, TTY 711로 전화하십시오. 담당자가 도움을 드릴 것입니다.

## French

Si vous ne savez pas parler et/ou lire l'anglais, veuillez composer le numéro 1-866-242-7726, téléscripateur 711, de 8:00 à 17:30 (heure normale de l'Est), du lundi au vendredi, d'avril à septembre ; de 8:00 à 20:00 (heure normale de l'Est), 7 jours sur 7, d'octobre à mars. Un représentant vous aidera.

## Arabic

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية و/أو لا تجيد قراءتها، فيرجى الاتصال على 1-866-242-7726، الهاتف النصي 711، بين 8:00 صباحاً و5:30 مساءً بتوقيت شرق الولايات المتحدة، من الإثنين إلى الجمعة، من أبريل إلى سبتمبر؛ ومن 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً بتوقيت شرق الولايات المتحدة، 7 أيام في الأسبوع، من أكتوبر إلى مارس. وسيساعدك أحد ممثلي الخدمة.

## Mandarin

如果您不会说和/或阅读英语，请在四月至九月之间，于周一至周五，上午 8:00 至下午 5:30（美国东部标准时间）；在十月至三月之间，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00（美国东部标准时间），致电 1-866-242-7726，听障专线 (TTY) 711。一位代表将为您提供帮助。

**Russian**

Если вы не говорите и/или не читаете по-английски, позвоните по телефону 1-866-242-7726, TTY 711, 08:00 – 17:30 по восточному поясному времени, с понедельника по пятницу, с апреля по сентябрь; 08:00 – 20:00 по восточному поясному времени, 7 дней в неделю, с октября по март. Наш представитель поможет Вам.

**Burmese**

သင်အင်္ဂလိပ်စကား မပြောလျှင် နှင့်/သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်ဘာသာစကားကို မဖတ်တတ်လျှင်၊ ဧပြီလမှ စက်တင်ဘာလအတွင်းဖြစ်ပါက၊ တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့၊ အရှေ့ပိုင်းစံတော်ချိန် နံနက် 8:00 နာရီမှ ညနေ 5:30 အတွင်းနှင့် အောက်တိုဘာလမှ မတ်လအတွင်းဖြစ်ပါက၊ တစ်ပတ်လျှင် 7 ရက်လုံး၊ အရှေ့ပိုင်းစံတော်ချိန်၊ နံနက် 8:00 နာရီမှ ည 8:00 နာရီအတွင်း 1-866-242-7726၊ TTY 711 ကို ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက သင့်အား အကူအညီပေးသွားပါမည်။

**Cantonese**

如果您不會說和/或閱讀英語，請在美國東部標準時間週一至週五、四月至九月的上午 8:00 至下午 5:30 之間致電 1-866-242-7726，聽障專線 ( TTY ) 711；美國東部標準時間上午 8:00 至晚上 8:00，每週 7 天，十月至三月。代表將為您提供協助。

**Farsi**

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید و یا متن نمی‌خوانید، لطفاً از ساعت 8:00 صبح تا 5:30 عصر EST، از دوشنبه تا جمعه، ماههای آوریل تا سپتامبر؛ 8:00 صبح تا 8:00 شب EST، 7 روز هفته، ماههای اکتبر تا مارس با TTY 711، 1-866-242-7726 تماس بگیرید. یکی از نمایندگان به شما کمک خواهد کرد.

**Polish**

Jeśli nie mówisz i/lub nie czytasz po angielsku, prosimy o kontakt pod numerem 1-866-242-7726, TTY 711, w godzinach 8:00 – 7:30 EST, od poniedziałku do piątku, w miesiącach kwiecień – wrzesień; 8:00 – 20:00 EST, 7 dni w tygodniu, w miesiącach październik – marzec. Przedstawiciel firmy udzieli Ci pomocy.

**Portuguese**

Se não fala e/ou não lê inglês, ligue para o 1-866-242-7726, TTY 711, entre as 8:00h - 17:30h EST, de segunda a sexta-feira, nos meses de abril - setembro; 8:00h - 20:00h EST, 7 dias por semana, nos meses de outubro – março. Um representante irá ajudá-lo(a).

**Punjabi**

ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਨਹੀਂ ਬੋਲਦੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਨਹੀਂ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-242-7726, TTY 711 ਨੂੰ, ਅਪ੍ਰੈਲ - ਸਤੰਬਰ ਮਹੀਨੇ ਲਈ ਸੋਮਵਾਰ - ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5:30 ਵਜੇ EST; ਅਕਤੂਬਰ - ਮਾਰਚ ਮਹੀਨੇ ਲਈ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ EST ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇੱਕ ਪ੍ਰਤੀਨਿਧੀ ਤੁਹਾਡੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ।

**Haitian Creole**

Si ou pa pale ak/oswa li anglè, tanpri rele 1-866-242-7726, TTY 711, ant 8:00am – 5:30pm EST, lendi – vandredi, pou mwa avril – septanm; 8:00am – 8:00pm EST, 7 jou nan yon semèn, pou mwa oktòb – mas. Yon reprezantan pral ede ou.

**Hindi**

यदि आप अंग्रेज़ी बोल और/या पढ़ नहीं पाते हैं, तो कृपया 1-866-242-7726, TTY 711 पर, सुबह 8:00 – शाम 5:30 EST, सोमवार – शुक्रवार, महीने अप्रैल – सितम्बर; सुबह 8:00 – शाम 8:00 EST, 7 दिन प्रति सप्ताह, महीने अक्टूबर – मार्च संपर्क करें। एक प्रतिनिधि आपकी सहायता करेगा।

**Somali**

Haddii aadan ku hadlin iyo/ama akhrin Ingiriisi, fadlan wac 1-866-242-7726, TTY 711, inta u dhexaysa 8:00 subaxnimo – 5:30 galabnimo EST, Isniinta – Jimcaha, billaha Abriil – Sitembar; 8:00 subaxnimo – 8:00 galabnimo EST, 7 maalin isbuucii, billaha Oktoobar – Maarso. Wakiil ayaa ku caawin doona.

**Hmong**

Yog koj hais lus As Kiv tsis tau thiab/los sis nyeem ntawv As Kiv tsis tau, ces hu rau 1-866-242-7726, TTY 711, thaj tsam thaum 8:00 teev sawv ntxov – 5:30 teev yav tsaus ntuj EST, hnuv Monday – Friday, lub Plaub Hlis Ntuj – Cuaj Hli Ntuj; 8:00 teev sawv ntxov – 8:00 teev tsaus ntuj EST, 7 hnuv hauv ib lub vij, Lub Kaum Hli Ntuj – Peb Hlis Ntuj. Ib tug neeg sawv cev yuav los pab koj.

**Italian**

Se non si parla e/o legge in lingua inglese, si prega di chiamare il numero +1 866 242 7726, TTY 711, dalle 8:00 alle 17:30 ora standard orientale, da lunedì a venerdì, nei mesi da aprile a settembre; e dalle 8:00 alle 20:00 ora standard orientale, 7 giorni su 7, nei mesi da ottobre a marzo. Si riceverà assistenza da un rappresentante.

**Tagalog**

Kung hindi ka nagsasalita at/o nagbabasa ng English, pakitawagan ang 1-866-242-7726, TTY 711, sa pagitan ng 8:00am – 5:30pm EST, Lunes – Biyernes, mga buwan ng Abril – Setyembre; 8:00am – 8:00pm EST, 7 araw sa isang linggo, mga buwan ng Oktubre – Marso. Tutulungan ka ng isang kinatawan.

**Japanese**

英語を話したり読んだりできない場合は、以下の時間帯に電話(1-866-242-7726、TTY 711)でお問合せください。4月～9月、午前8:00～午後5:30(東部標準時)、月曜日～金曜日。10月～3月、午前8:00～午後8:00(東部標準時)、週7日間。担当者がお手伝いいたします。



# Información importante: Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H2406

En el año 2024, UnitedHealthcare - H2406 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

- Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas
- Calificación de los Servicios de Salud: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas
- Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★ ★ ★ ★ ½ 4.5 estrellas

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

**El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.**

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO

★ DEFICIENTE

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY). Los miembros actuales pueden llamar al **866-242-7726** (número gratuito) o al **711** (TTY).



# Medicamentos Alternativos Cubiertos

La Lista de Medicamentos de su plan incluye muchos tipos de medicamentos diferentes, pero no incluye todos los medicamentos. Por lo general, los medicamentos que no están cubiertos por su plan se pueden reemplazar por medicamentos alternativos. Esta es una lista **parcial** de los medicamentos alternativos que usted puede usar en lugar de algunos de los medicamentos que no están cubiertos por su plan.



**Hable con su proveedor o farmacéutico para saber si los medicamentos alternativos de esta lista son apropiados para usted.**

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos
<b>Amitiza</b>	<b>Linzess</b> Lubiprostone <b>Movantik</b> <b>Motegrity</b> <b>Trulance</b>
<b>Basaglar</b>	<b>Lantus</b> <b>Levemir</b> <b>Toujeo</b> <b>Tresiba</b>
<b>Bystolic</b>	Atenolol tableta Bisoprolol Fumarate Metoprolol tableta Carvedilol tableta
<b>Cialis y Tadalafil 2.5mg y 5mg (BPH Solamente)</b>	Alfuzosin de liberación prolongada Doxazosin Tamsulosin
<b>Cyclosporine Oftálmica</b>	<b>Restasis</b> <b>Tyrvaya</b>
Icosapent cápsula	<b>Vascepa</b>
<b>Latuda</b>	Lurasidone
Metformin HCL de liberación prolongada (osmótico)	Metformin de liberación prolongada ( <b>Glucophage XR</b> genérico)
<b>Novolin</b>	<b>Humulin</b>
<b>Novolog</b>	<b>Humalog</b> <b>Insulin Lispro</b> <b>Lyumjev</b>
<b>Nucynta ER</b>	<b>Xtampza XR</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas
<b>OxyContin</b>	<b>Xtampza XR</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos
<b>Pradaxa</b>	<b>Eliquis</b> <b>Xarelto</b>
<b>Proair</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico y <b>Ventolin HFA</b> ) <b>Ventolin HFA</b>
<b>Proventil HFA</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico y <b>Ventolin HFA</b> ) <b>Ventolin HFA</b>
Venlafaxine HCL tableta de liberación prolongada	Venlafaxine HCL cápsula de liberación prolongada
<b>Victoza</b>	<b>Trulicity</b> <b>Mounjaro</b> <b>Ozempic</b> <b>Bydureon</b>
Zolpidem Tartrate de liberación prolongada	Trazodone 50mg, 100mg, 150mg tableta Zolpidem de liberación inmediata <b>Belsomra</b>

**Letra remarcada = Medicamento de marca**    Letra normal = Medicamento genérico



Escanee este código para acceder a la calculadora de costos de medicamentos



Nota: Los medicamentos alternativos son solamente sugerencias y pueden o no ser apropiados, según la enfermedad específica en tratamiento. La información es exacta al 1 de agosto de 2023 y puede estar sujeta a cambios. Consulte los detalles sobre la cobertura de medicamentos en la Lista de Medicamentos.

La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra.

# Recursos útiles

## Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos y recursos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si usted califica para el programa Ayuda Adicional, llame a:

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **711**, **1-800-325-0778**, o visite [ssa.gov/es](https://ssa.gov/es)
- Su oficina estatal de Medicaid o visite [medicaid.gov](https://medicaid.gov)

## Recursos para Cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo para nuestros miembros y las personas que les cuidan. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame, o bien visite [uhc.com/caregiving](https://uhc.com/caregiving).

## Estamos aquí para ayudarle

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podríamos ayudar a conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida — todo sin costo para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:



Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar



Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los servicios y el apoyo para veteranos

Si usted es un veterano o miembro de un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, para obtener más información sobre los programas y los requisitos de participación. Todos los demás miembros de Medicare Advantage deben llamar al **1-866-865-3851**, TTY **711**, de 9 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes.

## Medicare Explicado®

Medicare Explicado es un programa educativo de UnitedHealthcare® diseñado para ayudarle a aprender todo lo que usted necesita saber sobre Medicare, de modo que pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.

[MedicareExplicado.com](https://MedicareExplicado.com)

# Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que usted entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Puede encontrar la Lista de Medicamentos (Formulario), los directorios de Proveedores y Farmacias y la Evidencia de Cobertura en **UHCCCommunityPlan.com**.



**¿Consultó la Lista de Medicamentos en Internet para confirmar que sus medicamentos con receta estén cubiertos?**



**¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?**

Este plan incluye una red de médicos, hospitales y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.



**¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que la farmacia que usted usa esté en la red?**

Si su farmacia no está en la red, usted tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.



**¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para revisar sus servicios médicos y medicamentos con receta?**

Si desea más información, la Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan.

**Usted cumple los requisitos para inscribirse en este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) si:**



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe beneficios de Medicaid



Vive en el área de servicio del plan

# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, encontrará apoyo para lo que importa, sea grande o pequeño. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare todo en uno hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan de salud.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Cree su  
cuenta para revisar  
su plan en Internet



Su UCard  
llega por correo –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece a  
usar su plan

## Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan). En Internet, usted puede:

- Buscar proveedores y farmacias de la red y ver documentos del plan, como la Lista de Medicamentos (Formulario)
- Responder su evaluación de salud
- Revisar el saldo de su UCard de UnitedHealthcare

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Usted tiene acceso a una visita anual a domicilio del programa HouseCalls de UnitedHealthcare® y a la coordinación personalizada del cuidado de la salud de un Navegador de Cuidado como parte de su plan de salud
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio

## Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año

Le enviaremos un Aviso Anual de Cambios en septiembre con los cambios en su plan para el próximo año. Si el plan ya no satisface sus necesidades, usted puede inscribirse en un nuevo plan durante el Período de Inscripción Anual.

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Escanee este código para  
acceder al sitio para miembros  
con su número de ID de miembro



# Cómo inscribirse

Puede inscribirse por teléfono, por Internet, por correo o por fax. Elija el método que le sea más fácil o conveniente y siga las instrucciones indicadas a continuación.



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o para programar una cita personal con un agente en el área donde usted vive.



## Por internet

Para inscribirse siga las instrucciones detalladas en **[UHCCommunityPlan.com](https://UHCCommunityPlan.com)**.



## Por correo

Llene la Solicitud de Inscripción y envíela por correo a:  
UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City, UT 84130-0769



## Por fax

Llene la Solicitud de Inscripción y envíe por fax ambas caras de cada hoja a:  
1-888-950-1169

## Lista de Verificación de la Solicitud de Inscripción

- |  |  |
|--|--|
| ✓ Escriba su nombre tal y como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare | ✓ Firme y feche donde se le indica   |
| ✓ Asegúrese de elegir el plan que sea mejor para usted                               | ✓ Compruebe su fecha de nacimiento   |
| ✓ Confirme que su dirección permanente sea la correcta                               | ✓ Verifique que sus proveedores acepten el plan que elige                            |
|  | ✓ Escriba el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) |

# Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Agentes de Ventas usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Agente de Ventas (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos              | <input type="checkbox"/> Productos dentales, de la vista o de la audición |
| <input type="checkbox"/> Plan Independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) | <input type="checkbox"/> Productos de indemnización hospitalaria          |
| <input type="checkbox"/> Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)            |   |

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Agente de Ventas es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario no afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, no le inscribe en un plan de Medicare ni le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

## Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma del beneficiario/representante autorizado

Fecha de hoy

MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)

Relación con el beneficiario

## El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Agente de Ventas (nombre y apellidos)

Teléfono del Agente de Ventas

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

ID del Agente de Ventas

Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)

Teléfono del beneficiario

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

Fecha en que se realizará la cita

MM-DD-YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial

Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

## Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

**Plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

**Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

**Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare** — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de costos de Medicare** — En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y deducibles de Medicare.

## Plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

**Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare** — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Tarifa por Servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

## Otros productos relacionados

**Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)** — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

**Productos dentales, de la vista o de la audición** — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

**Productos de indemnización hospitalaria** — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.





## Solicitud de Inscripción 2024

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) H2406-099-000 - B4T

**Datos del miembro** (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
N.º de teléfono residencial ( ) -		N.º de teléfono móvil ( ) -	
N.º del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP [con elegibilidad doble]):		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
N.º de Medicare			

Dirección permanente (**no se permite casilla de correo**)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Dirección postal (**Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.**)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional)

**¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta?**  Sí  No

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
 Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_  
 Y0066\_ERFMA\_2024\_SP\_C CSDC24LP0135035\_000

Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_

N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
----------------	--------------	-------	------------------

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.

**¿Qué métodos de pago desea usar?**

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT).

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), el Seguro Social (Social Security, SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarlo:

- Con el cheque del Seguro Social
- Factura de parte de Medicare
- Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Pago con el cheque del Seguro Social
- Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de Cuenta  Cheques  Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

N.º de ruta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N.º de cuenta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan**

**1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o en un formato accesible?**

Sí  No

Seleccione una opción:  Español  Braille  Otro \_\_\_\_\_

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHCCommunityPlan.com** para obtener ayuda por Internet.

**2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?**

Sí  No

Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

**3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.**

- No, no soy de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder

**4. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.**

- Blanco  Negro o afroamericano
- Indoamericano o nativo de Alaska
- Indio asiático  Chino  Filipino
- Japonés  Coreano  Vietnamita
- Otro origen asiático  Nativo de Hawaii  Samoano
- Guameño o chamorro  De otra Isla del Pacífico
- Prefiero no responder
- Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o estatal (nombre de la Tribu) \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**5. ¿Trabaja usted o su cónyuge?**

Sí  No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?

(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)

Sí  No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

**6. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.**

La lista que proporcione no limita la consulta solamente a estos proveedores. Usted puede consultar a cualquier médico que acepte Medicare y las condiciones de pago del plan.

Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:

■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■ ■

(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?

Sí  No

**Al incluir su correo electrónico en el espacio anterior, usted se inscribe automáticamente para recibir parte de la documentación de su plan por vía electrónica.**

Recibirá mucha de la documentación necesaria del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando nuevos documentos (por ejemplo, la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambios) están disponibles en Internet. Puede acceder a estos documentos utilizando su computadora, su tableta o su teléfono móvil.

**Marque aquí si prefiere recibir por correo copias impresas de los materiales necesarios:**

En lugar de recibir documentos por vía electrónica, le enviaremos por correo una copia impresa de los materiales necesarios. Tenga en cuenta que algunos documentos son muy grandes y es posible que no entren en todos los buzones de correo. Puede cambiar su preferencia de envío en cualquier momento.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

## Lea y firme

### Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-For-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- Doy mi consentimiento para que todas las entidades bajo UnitedHealthcare y sus compañías afiliadas y cualquier proveedor externo usado por UnitedHealthcare llamen a los números de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.
- La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2024\_SP\_C

CSDC24LP0135035\_000

**Al firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud**

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

**Firma del solicitante/miembro/representante autorizado      Fecha de hoy**

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes datos**

**\*No un Agente de Ventas**

Apellidos		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
N.º de teléfono (      )      -		Relación con el solicitante	

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia**

ID del sistema/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta
Nombre del grupo del empleador	
ID del grupo del empleador <input type="text"/>	ID de sucursal <input type="text"/>

**Para ser llenado por el agente de ventas**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD)                                       | <input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA)                 | <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) | <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo)         |
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia)   | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (condición crónica)                                       | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble sin cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)                               | <input type="checkbox"/> OEPI                                   |
| <input type="checkbox"/> SEP (razón del Período de Elección Especial) _____            |  |   |   |

**Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional)      Fecha**

**Una vez llenada esta solicitud, envíala por correo o por fax a:**

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City, UT 84130-0769

Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes 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.

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

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 7/31/2024

Y0066\_ERFMA\_2024\_SP\_C

CSDC24LP0135035\_000



## 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

- ✓ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame 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 actualmente estén dentro de la red.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de 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.
- ✓ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle el cuidado.
- ✓ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.
- ✓ 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.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# Recibo de inscripción 2024

**Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.**

Use el recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. El recibo no es garantía de inscripción.

**Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.**

## Solicitante 1:

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

## Solicitante 2 (si corresponde):

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

## Si tiene alguna pregunta, llame a su Representante de Ventas con Licencia:

Nombre y N.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

**RxBIN: 610097**

**Rx PCN: 9999**

**RxGRP: MPDCSP**

**Estamos aquí para ayudarle.** Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

**Recordatorio importante** - No necesita un plan de seguro Medigap o complementario de Medicare con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.





































# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Aprovechará los beneficios adicionales de su plan si usa los proveedores indicados a continuación.



Llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo o visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) para:

- Servicios para la vista de rutina
- Beneficios dentales de rutina
- Transporte



### Aparatos auditivos

UnitedHealthcare Hearing  
1-877-704-3384  
[UHCHearing.com/Medicare](https://UHCHearing.com/Medicare)



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum Home Delivery, un servicio de OptumRx  
1-877-889-6358  
[OptumRx.com](https://OptumRx.com)



### Crédito para Alimentos, Productos de Venta Sin Receta (OTC) y Facturas de Servicios Públicos

Solutran  
1-833-853-8587  
[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)



### Sistema personal de respuesta ante emergencias

Lifeline  
1-855-596-7612  
[lifeline.com/UHCMedicare](https://lifeline.com/UHCMedicare)



### Línea de Asesoramiento de Enfermería

1-877-440-9407



Puede contar con nosotros para que estemos aquí cuando nos necesite.

Llámenos cuando necesite apoyo personalizado.

## Con gusto le ayudaremos



Llame al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY 711 de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**UHCCommunityPlan.com**



Descargue la aplicación UnitedHealthcare

Escanee este código para descargar la aplicación **UnitedHealthcare**



Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2024\_C\_SP

CSDC24LP0142861\_001