



# Guía de Inscripción 2024

UHC Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP)

H3387-013-000

**Área de servicio:** New York - condados de Erie, Genesee, Monroe, Niagara, Orleans y Wyoming

United  
Healthcare®  
Dual Complete

# Los planes Medicare Advantage 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 de Medicare, hay un plan de UnitedHealthcare que se adapta a su vida. Use su UnitedHealthcare UCard® 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 de Medicare más fácil que nunca, según lo que informan miembros como usted. En realidad, 4 de cada 5 miembros recomendarían los planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble de UnitedHealthcare a sus familiares y amigos.<sup>1</sup>



## 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. Sepa por qué más beneficiarios de Medicare y Medicaid eligen un plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble de UnitedHealthcare que de cualquier otra compañía<sup>2</sup>.



## 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 Medicare de UnitedHealthcare.<sup>3</sup> Como miembro, los representantes y navegadores de UnitedHealthcare le ayudan a obtener las respuestas y el cuidado que usted necesita. Deje que los más de 45 años de experiencia de UnitedHealthcare trabajen para usted.

<sup>1</sup>Recomendaciones de los miembros según Human8, mayo de 2023.

<sup>2</sup>El más elegido según el total de inscripciones en planes D-SNP, conforme a los datos de inscripción de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, mayo de 2023

<sup>3</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.



# Obtenga todos sus beneficios médicos en un solo plan



El plan UHC Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) es un plan de Cuidado Coordinado que combina todos sus beneficios de Medicare Original y del plan UnitedHealthcare Medicaid Advantage Plus (MAP) en un solo plan. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores locales de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.

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



### Use siempre proveedores de la red.

El plan no cubre cuidado médico recibido de proveedores fuera de la red. (Excepto servicios para el cuidado de emergencia, el cuidado de urgencia y la diálisis renal.)



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

Es requerido por el plan, pero también es muy beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



### Ningún gasto de su bolsillo en los medicamentos cubiertos u otros beneficios de cuidado de la salud aprobados de proveedores de la red.

Si recibe cuidado de un proveedor fuera de la red, es posible que tenga que pagar el costo total de su bolsillo.



**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.



**Reciba apoyo de su administrador del cuidado de la salud personal,** quien puede hacer citas, coordinar servicios de transporte y ayudarle a aprovechar al máximo su plan.

Visite **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 Complete NY-Y001 (HMO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2024. Las cantidades indicadas son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

**Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.** Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa “Ayuda Adicional” cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0
-------------------------------	-----

### Beneficios médicos

#### Visita al consultorio médico

Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
-------------------------------------	---------------

Especialista	\$0 de copago (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
-------------------	---

<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago
------------------------------	---------------

<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago 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
---	-------------------------------------

<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía</b>	\$0 de copago
---	---------------

#### Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Terapia de grupo	\$0 de copago
------------------	---------------

Terapia individual	\$0 de copago
--------------------	---------------

## Beneficios médicos

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
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$184 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables que tienen cobertura, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos de compañías de servicios públicos de la red
<b>Beneficio de comidas</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>Línea de Asesoramiento de Enfermería</b>	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Medicamentos con receta**

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

**Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en 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)



Es posible que las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles varíen según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para más detalles, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2024\_SP\_M H3387013000

CSNY24HM0133166\_000





# Resumen de Beneficios 2024

**UHC Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP)**  
H3387-013-000

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**  
Dual Complete

# 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 Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 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 Complete NY-Y001 (HMO D-SNP)

### Prima, deducible y límites médicos

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 Es posible que usted tenga que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare
<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 proveedores de la red.
<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.

## Beneficios médicos

**Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup>** \$0 de copago por cada estadía

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.

<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago
	Especialistas <sup>2</sup>	\$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

## Beneficios médicos

Cubiertos por Medicare \$0 de copago

- 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)
- Enfermedades cardiovasculares (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 (MDPP)
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas 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 las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

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.

---

## Beneficios médicos

**Servicios requeridos de urgencia** \$0 de copago (mundial) por cada visita

**Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías** Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])<sup>2</sup> \$0 de copago

Servicios de laboratorio<sup>2</sup> \$0 de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico<sup>2</sup> \$0 de copago

Radiología terapéutica<sup>2</sup> \$0 de copago

Radiografías para pacientes ambulatorios<sup>2</sup> \$0 de copago

**Servicios para la audición** Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio<sup>2</sup> \$0 de copago

**Beneficios dentales de rutina** Sin cobertura

**Servicios para la vista** Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos<sup>2</sup> \$0 de copago

Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas \$0 de copago

## Beneficios médicos

<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
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$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>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b>		\$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
	Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>	\$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

## Beneficios médicos

### Ambulancia<sup>2</sup>

\$0 de copago por transporte terrestre  
\$0 de copago por transporte aéreo

Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.

### Transporte de rutina

Sin cobertura

### Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

Medicamentos para quimioterapia<sup>2</sup>

\$0 de copago

Insulina cubierta de la Parte B<sup>2</sup>

\$0 de copago

Otros medicamentos de la Parte B<sup>2</sup>

\$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

<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
<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
	Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>	\$0 de copago
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	\$0 de copago

## Beneficios adicionales

<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>	\$0 de copago
<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
<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
<b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago

## Beneficios adicionales



### Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos

\$184 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos

- Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
- 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
- Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet
- Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

**Diálisis Renal<sup>2</sup>**

\$0 de copago

<sup>2</sup> Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan.

## 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 New York State Department of Health 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. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Initial Eligibility Unit - HRA/Medical Assistance Program, 1-800-541-2831.

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP)
<b>Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Visitas al Consultorio Médico</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Preventivo</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de Emergencia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios para la Audición</b>	Con cobertura	Con cobertura limitada
<b>Servicios Dentales</b>	Con cobertura	Con cobertura limitada
<b>Servicios para la Vista</b>	Con cobertura	Con cobertura limitada
<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	Sin cobertura

<b>Beneficios</b>		
	<b>Medicaid</b>	<b>UHC Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP)</b>
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Quiropráctico</b>	Con 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 limitada
<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 Complete NY-Y001 (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, 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 Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y 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 corresponde).
- Individuos con 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 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.

Si se modifica su categoría de participación en Medicaid, es posible que el costo compartido que le corresponde también aumente o disminuya. Usted debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo cobertura de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**New York:** Erie, Genesee, Monroe, Niagara, Orleans, Wyoming.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. 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 **[UHCommunityPlan.com](http://UHCommunityPlan.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 Complete NY-Y001 (HMO 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.

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 1-866-547-0772 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; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

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 1-866-547-0772 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

### **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).

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.



## Aviso de Derechos Civiles

**La empresa cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no trata a los miembros de manera diferente debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.**

Si piensa que le han tratado en forma injusta debido a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **En Línea:** **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**
- **Correo Postal:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130

Debe enviar la queja en un plazo de 60 días desde que se enteró de la situación. Se le enviará una decisión dentro de un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para pedirnos que analicemos la situación nuevamente. Si necesita ayuda con su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

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

- **En Línea:** **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**
- **Teléfono:** línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo Postal:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW  
HHH Building, Room 509F  
Washington, D.C. 20201

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, como cartas en otros idiomas o en letra grande. O puede solicitar un intérprete. Para solicitar ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en el frente del folleto o en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number listed on the front of the booklet. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用宣传册前面列出的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打本手冊正面的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numerong nakalista sa harapan ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyonang ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại được liệt kê ở mặt trước của quyển sách nhỏ (booklet). Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer an, die auf der Vorderseite der Broschüre aufgeführt ist. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 책자 앞면에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на лицевой стороне брошюры. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا . للحصول على مترجم، من فضلك اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني الموجود على الجزء الأمامي من الكتيب . سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك . هذه خدمة مجانية .

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी परश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया इस बुकलेट के सामने वाले भाग में सूचीबद्ध टोल- फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato nella parte anteriore dell'opuscolo. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito indicado na parte da frente da brochura. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo gratis pou apèl ki sou lis devan livrè an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na pierwszej stronie broszury. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、本冊子の表面に記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

# Información importante: Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H3387

En el año 2024, UnitedHealthcare - H3387 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	★ ★ ★ ↯	3.5 estrellas
Calificación de los Servicios de Salud:	★ ★ ★ ↯	3.5 estrellas
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	★ ★ ★ ↯	3.5 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) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **866-547-0772** (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



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)

# Cómo inscribirse

Puede inscribirse por teléfono.



## 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.

---

## Lista de Verificación de la Solicitud de Inscripción

- ✓ Escriba su nombre tal y como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- ✓ Asegúrese de elegir el plan que sea mejor para usted
- ✓ Confirme que su dirección permanente sea la correcta
- ✓ Firme y feche donde se le indica
- ✓ Compruebe su fecha de nacimiento
- ✓ 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 Complete NY-Y001 (HMO D-SNP) H3387-013-000 - BFH

**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 \_\_\_\_\_

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  Chino  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.**

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.

**Lea y firme**

**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

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

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

- 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 \_\_\_\_\_

**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 30770  
Salt Lake City, UT 84130-0770

Fax: 1-888-950-1170

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 Complete NY-Y001 (HMO 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.

本資訊免費提供其他語言版本。請利用本手冊封底的號碼致電我們的客戶服務部。

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 7/31/2024

## 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. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ 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.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ 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.















# ¿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 Medicare.



**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)
- Revisar el saldo de su UCard de UnitedHealthcare

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio
- Su equipo de cuidado de la salud ayudará a coordinar su cuidado con usted y sus proveedores

## 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 al número que se encuentra en su UCard de UnitedHealthcare.

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





UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a miembros como usted. 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



**UHCommunityPlan.com**



Descargue la aplicación UnitedHealthcare

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



Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2024\_C\_SP

CSNY24HM0142979\_001