

Guía de Inscripción 2024

UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)

H7464-007-000

Área de servicio: Condados selectos en Virginia

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.¹



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 compañía².



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.³ 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.

¹Recomendaciones de los miembros según Human8, mayo de 2023.

²El 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

³Un 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.



Se registre en el gimnasio

Muestre su UCard para acceder a su membresía gratuita la primera vez que visite un centro de acondicionamiento físico o un gimnasio de la red del programa Renew Active®.



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. Usted tiene acceso a una amplia red de proveedores dentales. Usted también puede recibir cuidado de proveedores dentales fuera de la red, pero sus costos pueden ser más altos, incluso por los servicios con un copago de \$0.



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



Reciba cuidado de los proveedores dentro de la red o visite proveedores fuera de la red para recibir servicios dentales cubiertos.



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.



\$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://www.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 VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2024. Las cantidades indicadas son dentro de la red y 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.

Prima mensual del plan	\$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
-------------------	---

Servicios preventivos	\$0 de copago
------------------------------	---------------

Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
---	--

Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por día, días 1 a 100
---	-------------------------------------

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

Es posible que la cobertura de beneficios médicos de Medicaid, fuera de la red, varíe según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago El plan paga hasta \$400 cada año para lentes/ marcos y lentes de contacto
Servicios Dentales - preventivos (con cobertura dentro y fuera de la red)	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*
Servicios Dentales - integrales (con cobertura dentro y fuera de la red)	\$0 de copago por los servicios dentales integrales*
Servicios Dentales - límite de los beneficios	\$4,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	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
Servicios para la Audición - examen de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Aparatos auditivos	El plan paga hasta \$3,600 cada año para 2 aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing. Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos).
Programa de acondicionamiento físico	\$0 de copago por el programa Renew Active®, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, además de clases de acondicionamiento físico por Internet, contenido para la agudeza mental y 1 dispositivo Fitbit®.
Transporte de rutina	\$0 de copago por 48 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a citas médicas, gimnasios y farmacias
Sistema personal de respuesta ante emergencias	\$0 de copago por un sistema personal de respuesta ante emergencias (personal emergency response system, PERS)
Cuidado de los pies - de rutina	\$0 de copago, 4 visitas por año
Cuidado quiropráctico de rutina	\$0 de copago, 12 visitas por año
Servicios de acupuntura de rutina	\$0 de copago, 12 visitas por año
Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	\$309 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
Beneficio de comidas	\$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).
Línea de Asesoramiento de Enfermería	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

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 H7464007000

CSVA24HP0133382_000



Resumen de Beneficios 2024

UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)
H7464-007-000

Consulte esta guía para aprovechar las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan. Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Número gratuito **1-844-368-7151**, TTY **711**

De 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



es.UHCCommunityPlan.com

**United
Healthcare®**
Dual Complete

Y0066_SB_H7464_007_000_2024_M_SP

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

Índice

A.	Exenciones de responsabilidad	1
B.	Preguntas frecuentes	3
C.	Descripción general de los servicios	9
D.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).....	21
E.	Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid.....	21
F.	Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan	22
G.	Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado	25
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....	26

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura**.

- UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Virginia Medicaid. La inscripción en UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para toda persona que tenga Medicare y los beneficios completos de Virginia Medicaid.
- La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.
- Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.
- Los planes están asegurados 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 usted desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual actual "Medicare y Usted". Véalo por Internet en **es.medicare.gov** o pida una copia por teléfono 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**.
- La compañía no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID.
- **ATENCIÓN:** Si habla español (Spanish), hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.
- **請注意：如果您說中文(Chinese)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。**
- Elija un dispositivo de los modelos selectos aprobados cada 2 años. Los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones. Fitbit, el logotipo de Fitbit y las marcas y los logotipos relacionados son marcas comerciales de Google LLC o de sus compañías afiliadas.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Las primas están cubiertas para los miembros de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Cualquier información que proporcionemos se limita a aquellos planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con **es.medicare.gov** o llame al **1-800-MEDICARE** para obtener información sobre todas sus opciones.
- Llame a Servicio al Cliente y pida que se anote en nuestro sistema que desea recibir los materiales del plan en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted 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 90 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 nuevos medicamentos con receta que OptumRx envía deberían llegar en un plazo no mayor de diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido llenado, y los pedidos de resurtidos deberían llegar en unos siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**.
- La participación en el programa Renew Active® es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.
- El servicio de NurseLine no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En situaciones de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado que le proporciona 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.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

B. Preguntas frecuentes

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP)?	Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) es un tipo de plan de salud Medicare Advantage. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Medicaid) de Virginia. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble cubre todos sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta (Parte D de Medicare), y proporciona todos sus medicamentos y servicios de Medicaid conforme al programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus).
¿Qué es Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus)?	El programa Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) es un programa obligatorio de cuidado administrado de Medicaid a través del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DMAS). La meta del programa es ayudarle a mejorar la calidad del cuidado de su salud y su calidad de vida.
¿Qué es el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS)?	El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) consiste en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. Por lo general, estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero también se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital, cuando fuera necesario.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p>¿En UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Medicaid que recibo ahora?</p>	<p>Si antes de inscribirse en UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) usted estaba inscrito en Medicare Original o en otro plan de Medicare, podría recibir los beneficios o servicios de manera diferente. Recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y de CCC Plus directamente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), usted y su Equipo de Cuidado Interdisciplinario (ICT) trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Integrado (ICP) que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario.</p>
<p>¿Puedo visitar a los mismos proveedores de cuidado de la salud que consulto ahora?</p>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera de la red de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el Directorio de Proveedores y Farmacias de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). También puede visitar nuestro sitio web en es.UHCCommunityPlan.com para obtener la lista más actualizada.</p>

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Coordinador del Cuidado de la Salud?	Un Coordinador del Cuidado de la Salud es la principal persona con la que usted debe comunicarse en nuestro plan. Su Coordinador del Cuidado de la Salud colaborará con usted y con sus proveedores para asegurarse de que usted reciba los servicios para el cuidado de la salud que necesita.
¿Qué sucede si necesita un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[es.UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/communityplan)**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p>¿Dónde está disponible UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>El área de servicio de este plan incluye: Los condados de Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe y York, Virginia. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.</p>

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p>¿Qué es una preautorización?</p>	<p>Preautorización se refiere a que usted debe obtener la aprobación de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) antes de que UnitedHealthcare UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) cubra un servicio, artículo o medicamento específico, o un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la preaprobación, es posible que UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, artículo o medicamento. Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga aprobación primero. UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios requieren una preautorización.</p>
<p>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>No. Usted no pagará ninguna prima mensual a UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) por su cobertura de salud.</p> <p>Además, Medicaid pagará la prima de la Parte B de Medicare por usted.</p>
<p>¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).</p>
<p>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>En UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0. Es posible que los miembros que reciban el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados, incluidos los servicios en centros de enfermería especializada y de custodia y los servicios del Programa de Exención CCC Plus, tengan que pagar una cantidad mensual como paciente, según lo determine el Departamento de Servicios Sociales.</p>

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Con quién debería comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda?	<p data-bbox="827 303 1598 454">Si tiene preguntas generales o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP):</p> <p data-bbox="827 461 1598 498">Llame al 1-844-368-7151</p> <p data-bbox="958 504 1598 655">Las llamadas a este número son gratuitas. De 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.</p> <p data-bbox="958 661 1598 778">Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p> <p data-bbox="827 784 1598 821">TTY 711</p> <p data-bbox="958 827 1598 978">Las llamadas a este número son gratuitas. De 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.</p> <p data-bbox="827 985 1598 1065">Si tiene preguntas sobre su salud, llame a Nurse Hotline:</p> <p data-bbox="827 1071 1598 1108">Llame al 1-877-440-9407</p> <p data-bbox="958 1114 1598 1194">Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p data-bbox="827 1200 1598 1237">TTY 711</p> <p data-bbox="958 1244 1598 1323">Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p data-bbox="827 1330 1598 1446">Si necesita servicios para la salud del comportamiento inmediatamente, llame a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento:</p> <p data-bbox="827 1453 1598 1489">Llame al 1-844-368-7151</p> <p data-bbox="958 1496 1598 1647">Las llamadas a este número son gratuitas. De 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.</p> <p data-bbox="827 1653 1598 1690">TTY 711</p> <p data-bbox="958 1696 1598 1847">Las llamadas a este número son gratuitas. De 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.</p>

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

C. Descripción general de los servicios

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que usted podría necesitar y las reglas sobre los beneficios.

El **Resumen de Beneficios** se proporciona para su conocimiento solamente. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario	Estadía en el hospital	\$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluso el tratamiento para pacientes ambulatorios proporcionado por un médico o un cirujano)	\$0	
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted desea consultar a un proveedor de cuidado de la salud	Visitas al médico (incluidas las visitas a proveedores de cuidado primario [PCP] y especialistas)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Cuidado preventivo (cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, contra la COVID-19, entre otras)	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo por única vez)	\$0	
Usted necesita cuidado de emergencia (este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	<p>Puede ir a cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita cuidado de emergencia. No necesita preautorización, y no es necesario que esté dentro de la red.</p> <p>La cobertura mundial está disponible por el mismo copago.</p> <p>Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.</p>

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de emergencia (continuación)	Servicios requeridos de urgencia	\$0	Los servicios requeridos de urgencia no son cuidado de emergencia. No necesita una preautorización ni tiene que estar dentro de la red. La cobertura mundial está disponible por el mismo copago. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
Usted necesita exámenes médicos	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar cáncer	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para la audición	Pruebas de la audición y del equilibrio para saber si necesita tratamiento médico	\$0	
	Exámenes de audición y aparatos auditivos	\$0	<p>1 examen de audición de rutina por año.</p> <p>\$3,600 de asignación para una amplia selección de aparatos auditivos de marca de venta con y sin receta.</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a usted con cuidado médico de seguimiento virtual a través de Right2You (modelos selectos), a través de UnitedHealthcare Hearing.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.</p>
Usted necesita cuidado dental	Exámenes dentales y cuidado preventivo	\$0	<p>Los exámenes, las limpiezas, las radiografías, el fluoruro y los servicios dentales integrales tienen cobertura.</p> <p>\$4,000 de límite en todos los servicios dentales cubiertos.</p>
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de la vista	Examen de la vista de rutina	\$0	1 cada año.
	Artículos para la vista de rutina	\$0	\$400 de crédito para lentes/marcos y lentes de contacto.
	Otro cuidado de la vista (incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
Usted tiene una condición de salud mental	Servicios de salud mental o del comportamiento	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan cuidado de la salud mental (Nota: Para obtener más información o servicios detallados, llame a Servicio al Cliente o lea la Evidencia de Cobertura.)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted tiene un trastorno por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	(Nota: Para obtener más información o servicios detallados, llame a Servicio al Cliente o lea la Evidencia de Cobertura.)		
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarlo	Cuidado de enfermería especializada	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Servicios de ambulancia	\$0	Se requiere autorización para el transporte en ambulancia terrestre y aérea, cubierto por Medicare, que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	\$0	Disponible en todo el mundo y dentro de los Estados Unidos y sus territorios sin autorización.
	Transporte que no es de emergencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.UHCCommunityPlan.com.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (este servicio continúa en la página siguiente)	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (que incluyen aquellos administrados por su proveedor en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos)	\$0	Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la Evidencia de Cobertura . Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Medicamentos genéricos (no de marca)	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)	Medicamentos de marca	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).</p> <p>Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red.</p> <p>Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.</p>
	Medicamentos sin receta (OTC)	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).</p>
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	\$0	<p>Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.</p>
	Servicios de diálisis	\$0	<p>Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.</p>

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://www.uhc.com/es/uhc-community-plan).

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría (incluso los exámenes de rutina)	\$0	4 visitas de cuidado de los pies de rutina cada año. Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
Usted necesita equipo médico duradero (DME) o suministros	Sillas de ruedas, muletas, andadores, nebulizadores y equipos y suministros de oxígeno (Nota: Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos o suministros cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente o lea la Evidencia de Cobertura.)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio	Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (estos servicios continúan en la página siguiente)	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	<p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos incluyen:</p> <p>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:</p> <p>OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.</p>
	Programa de acondicionamiento físico	\$0	El programa Renew Active® incluye una membresía gratuita a un gimnasio en un sitio que usted elige de nuestra red nacional, más un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico en Internet, desafíos para la agudeza mental y 1 dispositivo Fitbit®.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.UHCCommunityPlan.com.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Beneficio de comidas	\$0	28 comidas entregadas a su domicilio un número ilimitado de veces por año inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF). Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Nurse Hotline	\$0	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	Tarjeta de productos de venta sin receta (OTC) + Alimentos saludables	\$0	\$309 de crédito cada mes para pagar alimentos, productos de venta sin receta y ciertas facturas de servicios públicos cubiertos.
	Sistema personal de respuesta ante emergencias	\$0	Puede recibir ayuda con solo presionar un botón. Un dispositivo del sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS) puede conectarle rápidamente con la ayuda que necesite, las 24 horas del día. Usted debe tener cobertura celular o una línea de teléfono fija que funcione para usar el sistema personal de respuesta ante emergencias.
	Servicios de acupuntura de rutina	\$0	12 visitas por año.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios cubiertos adicionales (continuación)	Cuidado quiropráctico de rutina	\$0	12 visitas por año. Es posible que su proveedor tenga que obtener preautorización para los servicios.
	Transporte de rutina	\$0	Hasta 48 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias.
	Visitas virtuales médicas	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar para emergencias.
	Visitas virtuales de salud mental	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar para emergencias.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)

Esta no es una lista completa. Llame a Servicio al Cliente para saber qué otros servicios no están cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid de tarifa por servicio.

Otros servicios cubiertos directamente por Medicaid de tarifa por servicio	Sus costos
Coordinación de apoyo para discapacidades del desarrollo	\$0
Transporte para recibir servicios de los programas de exención Desarrollar la Independencia (BI), Vida en la Comunidad (CL) y Apoyos Familiares e Individuales (FIS)	\$0

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid

Esta no es una lista completa. Para saber qué otros servicios están excluidos, llame a Servicio al Cliente o lea la **Evidencia de Cobertura**.

Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid	
Servicios que no se consideren “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y de Medicaid	Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare.
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario	Cirugía LASIK.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

F. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), usted tiene ciertos derechos concernientes al cuidado de su salud. También tiene ciertas responsabilidades con los proveedores de cuidado de la salud que le atienden. Independientemente de su condición de salud, no pueden negarle el tratamiento médicamente necesario. Usted puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**.

Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, credo, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), edad, estado de salud, discapacidad física, mental o sensorial, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o dominio del inglés. Ningún proveedor de cuidado de la salud debería involucrarse en ninguna práctica, con respecto a ningún miembro, que constituya discriminación ilegal conforme a cualquier ley o norma federal o estatal.
 - Pedir y obtener información en otros formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
 - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
 - Que los proveedores de la red no le facturen
 - Que sus preguntas e inquietudes sean respondidas de forma completa y cortés
 - Ejercer sus derechos libremente, sin ningún efecto negativo en el trato que recibe de parte de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) o de su proveedor
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios. Esta información debería estar en un formato y en un idioma que usted pueda comprender. Estos derechos incluyen obtener información sobre:
 - UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)
 - Los servicios que cubrimos
 - Cómo recibir servicios
 - Cuánto le costarán los servicios
 - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y Coordinadores del Cuidado de la Salud
 - Sus derechos y responsabilidades
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP). Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento del año. Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, puede llamar al **1-844-368-7151**.
- Consultar a un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
- Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
- Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
- Rehusarse al tratamiento en la medida que lo permita la ley, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
- Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
- Pedir una segunda opinión sobre cualquier tipo de cuidado de la salud que le aconseje recibir su proveedor de cuidado primario o su Equipo de Cuidado Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT). UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
- Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado
- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
 - Recibir cuidado médico oportunamente
 - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
 - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos, otros proveedores y su plan de salud. Si necesita ayuda con este servicio, llame al 1-844-368-7151.
 - Recibir su **Evidencia de Cobertura** y cualquier material impreso de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) traducidos en su lengua materna, o que le lean estos materiales en voz alta si usted tiene dificultad para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a solicitud y sin cargo.
 - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
 - Recibir servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin una preaprobación
 - Consultar a un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
 - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal. No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
 - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
 - Acceder a un proceso sencillo para expresar sus inquietudes y contar con que UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) realice el seguimiento correspondiente
 - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
 - Solicitar una Apelación estatal (Audiencia Imparcial)
 - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Sus responsabilidades incluyen, entre otras, las siguientes:

- **Usted tiene la responsabilidad de tratar a los demás de manera justa, con respeto y dignidad.** Usted debería:
 - Tratar a sus proveedores de cuidado de la salud con dignidad y respeto
 - Asistir a las citas, ser puntual y llamar con anticipación si va a llegar tarde o tiene que cancelar una cita
- **Usted tiene la responsabilidad de dar información sobre usted y su salud.** Usted debería:
 - Informarle claramente sus problemas de salud a su proveedor de cuidado de la salud y proporcionarle toda la información que sea posible
 - Contarle a su proveedor de cuidado de la salud sobre usted y su historial médico
 - Informarle a su proveedor de cuidado de la salud que usted es miembro de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)
 - Hablar con su proveedor de cuidado primario, Coordinador del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada sobre la búsqueda de los servicios de un especialista antes de visitar un hospital (excepto en situaciones de emergencia)
 - Avisarle a su proveedor de cuidado primario, Coordinador del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada cualquier emergencia o tratamiento fuera de la red en un plazo no mayor de 24 horas
 - Notificar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) si hay algún cambio en su información personal, como su dirección o número de teléfono

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Usted debería:
 - Informarse sobre sus problemas de salud y cualquier tratamiento recomendado, y considerar el tratamiento antes de que sea realizado
 - Colaborar con su Equipo de Cuidado Interdisciplinario y crear planes de tratamiento y fijar metas juntos
 - Seguir las instrucciones y los planes de cuidado que hayan acordado con su proveedor de cuidado de la salud, y recordar que rehusarse a recibir el tratamiento recomendado por su proveedor de cuidado de la salud podría perjudicar su salud
- **Usted tiene la responsabilidad de obtener sus servicios de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).** Usted debería:
 - Recibir todo el cuidado de su salud de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP), excepto en situaciones de emergencia, cuidado de urgencia, servicios de diálisis fuera del área de servicio o servicios para la planificación familiar, a menos que UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) proporcione una preautorización para el cuidado fuera de la red
 - No permitir que nadie use su tarjeta de ID de miembro de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) para obtener servicios para el cuidado de la salud
 - Notificar a UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) cuando usted crea que alguien usó indebidamente e intencionalmente los beneficios o servicios de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al 1-844-368-7151. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 de la Evidencia de Cobertura de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP).

Además, puede escribirnos una carta sobre su queja formal (queja) o apelación.

Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Appeals and
Grievance Department
P.O. Box 6103, MS CA124-0187
Cypress, CA 90630-0023

Para presentar apelaciones sobre medicamentos de la Parte D o de Medicaid únicamente:

UnitedHealthcare Part D Appeal and
Grievance Department
P.O. Box 6103, MS CA124-0197
Cypress, CA 90630-0023

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de cuidado de la salud que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que haya algunos que no lo sean.

Si usted cree que un médico, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Llame a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid de Virginia al **1-800-371-0824** o al **1-804-371-0779**. También puede enviarnos un correo electrónico a **MFCU_mail@oag.state.va.us**.

UHVA24PO0115416_000

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 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. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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 - H7464

En el año 2024, UnitedHealthcare - H7464 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	★ ★ ★ ↯	3.5 estrellas
Calificación de los Servicios de Salud:	★ ★ ★	3 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). Los miembros actuales pueden llamar al **844-368-7151** (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
Amitiza	Linzess Lubiprostone Movantik Motegrity Trulance
Basaglar	Lantus Levemir Toujeo Tresiba
Bystolic	Atenolol tableta Bisoprolol Fumarate Metoprolol tableta Carvedilol tableta
Cialis y Tadalafil 2.5mg y 5mg (BPH Solamente)	Alfuzosin de liberación prolongada Doxazosin Tamsulosin
Cyclosporine Oftálmica	Restasis Tyrvaya
Icosapent cápsula	Vascepa
Latuda	Lurasidone
Metformin HCL de liberación prolongada (osmótico)	Metformin de liberación prolongada (Glucophage XR genérico)
Novolin	Humulin
Novolog	Humalog Insulin Lispro Lyumjev
Nucynta ER	Xtampza XR Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas
OxyContin	Xtampza XR Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas

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

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.

Y0066_230712_034645_M_SP

UHEX24HM0152912_000

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
- Su oficina estatal de Medicaid o visite 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.

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

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 [UHCCommunityPlan.com](https://www.uhccommunityplan.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?

Si sus proveedores no están en la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red. Usted también tiene acceso a una amplia red de proveedores dentales. Usted puede recibir cuidado de proveedores dentales fuera de la red, pero sus costos pueden ser más altos, incluso por los servicios con un copago de \$0.



¿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 del estado



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 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. 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
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite uhhousecalls.com para informarse más
- 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 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



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**.



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
- ✓ 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 VA-Y002 (HMO-POS D-SNP) H7464-007-000 - BM0

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 CSVA24HP0135369_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.

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 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 _____
Y0066_ERFMA_2024_SP_C CSVA24HP0135369_000

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 VA-Y002 (HMO-POS 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

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.
- ✓ 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 Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP)

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



Llame al **1-844-368-7151**, TTY **711**, 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 o visite **myuhc.com/communityplan** para:

- Servicios para la vista de rutina
- Beneficios dentales de rutina
- Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



Aparatos auditivos

UnitedHealthcare Hearing
1-877-704-3384
UHChearing.com/Medicare



Servicios quiroprácticos y de acupuntura de rutina

OptumHealth Care Solutions, LLC (Optum®)
1-866-785-1654
myuhc.com/communityplan



Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum Home Delivery, un servicio de OptumRx
1-877-889-6358
OptumRx.com



Transporte

ModivCare®
1-866-418-9812
mymodivcare.com



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

Solutran
1-833-853-8587
myuhc.com/communityplan



Sistema personal de respuesta ante emergencias

Lifeline
1-855-596-7612
lifeline.com/UHCMedicare



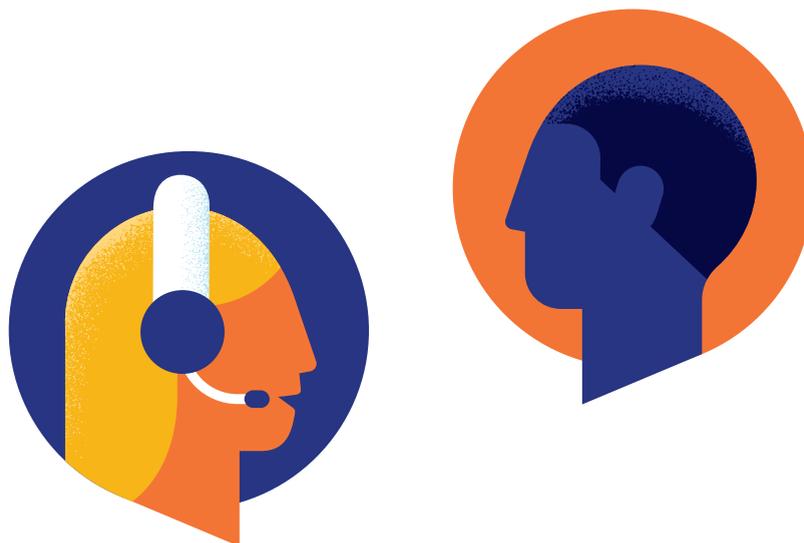
Dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico

Fitbit®
1-844-534-8248
fitbit.com/global/us/store/UHC



Línea de Asesoramiento de Enfermería

1-877-440-9407



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



UHCCommunityPlan.com



Descargue la aplicación UnitedHealthcare

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare



Información importante del plan

Y0066_EGCov_2024_C_SP

CSVA24HP0143195_001