



# Resumen de Beneficios 2024

**UHC Dual Complete HI-S002 (Regional PPO D-SNP)**  
R3175-003-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.  
Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-844-560-4944**, TTY **711**  
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**UHCCommunityPlan.com**

United  
Healthcare®  
Dual Complete

# Resumen de Beneficios

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

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

## UHC Dual Complete HI-S002 (Regional PPO D-SNP)

Prima, deducible y límites médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 Es posible que usted tenga que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare	
<b>Deducible médico anual</b>	Su deducible médico combinado dentro y fuera de la red es de \$0 o \$240 por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.	
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$0  Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.	\$0 o \$13,300  Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor.

## Prima, deducible y límites médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Costo compartido de Medicare</b>	Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica el costo compartido en esta tabla.	Si usted es un beneficiario de la categoría QMB o si recibe beneficios completos de Medicaid y su proveedor acepta Medicaid, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. De lo contrario, usted pagará el costo compartido como se indica en esta tabla.

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>		\$0 de copago por cada estadía	\$0 de copago o 40% de coseguro por cada estadía
<p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p>			
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Especialistas <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
<b>Servicios preventivos</b>	Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año*	40% de coseguro, 1 por año*
	Cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 40% de coseguro (según el servicio)

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal

## Beneficios médicos

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

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

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

---

### Cuidado de emergencia

\$0 de copago (mundial) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

---

### Servicios requeridos de urgencia

\$0 de copago (mundial) por cada visita

---

<b>Beneficios médicos</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Servicios de laboratorio <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Radiología terapéutica <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
<b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
<b>Beneficios dentales de rutina</b>		Sin cobertura	
<b>Servicios para la vista</b>	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Salud mental</b>	Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup> Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago por cada estadía	\$0 de copago o 40% de coseguro por cada estadía
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b> (La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)  Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	\$0 de copago por día, días 1 a 100	\$0 de copago por día, días de 1 a 100, o; \$0 de copago por día, días 1 a 20 \$204 de copago por día, días 21 a 100	
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b>		\$0 de copago por transporte terrestre	\$0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre
Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.		\$0 de copago por transporte aéreo	\$0 de copago o 20% de coseguro por transporte aéreo
<b>Transporte de rutina</b>		Sin cobertura	
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 20% de coseguro
	Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 20% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 20% de coseguro
	Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.		

## Medicamentos con receta

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

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

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

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

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cuidado quiropráctico</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
<b>Manejo de la diabetes</b>	Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>	\$0 de copago o 20% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 20% de coseguro

<b>Beneficios adicionales</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 20% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 20% de coseguro
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago, 4 visitas por año*	40% de coseguro, 4 visitas por año*
<b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
<b>Cuidados Paliativos</b>	Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.		
<b>Línea de Asesoramiento de Enfermería</b>	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana		
<b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago o 40% de coseguro

## Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
 <b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	<p>\$44 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</li> <li><input type="checkbox"/> Elija entre miles de productos de venta sin receta, como pasta dental, artículos de primeros auxilios, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y más</li> <li><input type="checkbox"/> Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li> </ul>	
<b>Diálisis Renal<sup>2</sup></b>	\$0 de copago	\$0 de copago o 20% de coseguro

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

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

## Beneficios de Medicaid

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

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. También podrá ver lo que cubre Department of Human Services y lo que cubre nuestro plan.

**La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid.** Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a MQD/EB-E Hawaii Section, 1-808-933-0339.

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete HI-S002 (Regional PPO D-SNP)
<b>Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Visitas al Consultorio Médico</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Preventivo</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de Emergencia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios para la Audición Incluye los servicios para aparatos auditivos</b>	Con cobertura	Con cobertura limitada
<b>Servicios Dentales</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura limitada
<b>Servicios para la Vista</b>	Con cobertura	Con cobertura limitada
<b>Cuidado de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de Salud Mental</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b>	Con cobertura	Con cobertura

<b>Beneficios</b>		
	<b>Medicaid</b>	<b>UHC Dual Complete HI-S002 (Regional PPO D-SNP)</b>
<b>Ambulancia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Transporte (de Rutina)</b>	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Quiropráctico</b>	Sin cobertura	Con cobertura limitada
<b>Suministros y Servicios para la Diabetes</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Equipo Médico Duradero</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de los Pies</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidados Paliativos</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Diálisis Renal</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Prótesis</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Tratamiento para Dejar de Fumar</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios de Integración en la Comunidad</b>	Con cobertura	Sin cobertura
<b>Servicios para Trasplantes</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura

## Acerca de este plan

UHC Dual Complete HI-S002 (Regional PPO D-SNP) es un plan Medicare Advantage RPPO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP); es para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, y que no tienen ninguna responsabilidad de pago por los servicios médicos cubiertos. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores. Algunas personas reciben beneficios completos de Medicaid.

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

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Agencia Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.
- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

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

Nuestra área de servicio incluye **Hawaii**.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete HI-S002 (Regional PPO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede consultar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Además, le ofrece la flexibilidad de acceder a una red de proveedores locales. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las tablas anteriores aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **[UHCCommunityPlan.com](http://UHCCommunityPlan.com)** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

## Información necesaria

UHC Dual Complete HI-S002 (Regional PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-622-8054 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-622-8054 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

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

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

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

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

OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 100 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711.

El servicio de la Línea de Asesoramiento de Enfermería no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o visite la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado de su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.

### **Programa de Recompensas**

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

condiciones de servicio del programa de recompensas.