



Resumen de Beneficios 2025

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

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

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



es.UHCCommunityPlan.com



Número gratuito **1-800-514-4944**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

**United
Healthcare®**

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

| | | |
|----|---|----|
| A. | Exenciones de responsabilidad..... | 3 |
| B. | Preguntas frecuentes (FAQ)..... | 10 |
| C. | Lista de servicios cubiertos..... | 14 |
| D. | Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) | 22 |
| E. | Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid | 23 |
| F. | Sus derechos como miembro del plan | 24 |
| G. | Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado | 26 |
| H. | Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude | 26 |



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la Guía para Miembros.

- ❖ UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Distrito. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y con Medicaid del Distrito.
- ❖ Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o 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**.
- ❖ Para obtener más información sobre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), puede consultar el sitio web del Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud de DC en dhcf.dc.gov/page/district-dual-choice-d-snps, comunicarse con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos de DC al **202-724-7491**, TTY **711**, de lunes a viernes de 9 a.m. a 4:45 p.m., o comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de DC al **202-727-8370**, TTY **711**, de lunes a viernes de 9:30 a.m. a 4:30 p.m.
- ❖ UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- ❖ UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al **1-866-547-0772** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es 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.
- ❖ UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at **1-866-547-0772** for additional information (TTY users should call **711**). Hours are 8 a.m.–8 p.m.: 7 Days Oct–Mar; M–F Apr–Sept.
- ❖ Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.
- ❖ Usted puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

- Este documento está disponible sin costo en español y amárico.
- Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

Aparatos auditivos

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local. Las garantías de los aparatos auditivos sin receta, si las hay, varían según el aparato y se gestionan a través del fabricante. Se puede aplicar una tarifa profesional por única vez a los aparatos auditivos con receta.

Beneficios dentales de rutina

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

Artículos para la vista de rutina

Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. La red de proveedores y tiendas minoristas puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios para la vista según Zelis Network360, marzo de 2023. Examen de la vista de rutina anual y de \$100 a \$450 de asignación por lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total anual o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

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

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

Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificarán después de la inscripción.

Los proveedores no contratados o fuera de la red 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 **Guía para Miembros** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.




Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

Programa de Recompensas

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

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

La compañía cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles vigentes, y no excluye, no trata de manera diferente ni discrimina a las personas por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza o ascendencia
- Idioma
- Responsabilidades familiares
- Color
- Estado civil
- Fuente de ingresos
- Credo
- Sexo (incluidas la orientación sexual y la identidad de género)
- Lugar donde vive
- Religión
- Enfermedad o discapacidad (incluidas las limitaciones físicas o mentales)
- Afiliación política
- Edad
- Aspecto personal
- Origen nacional
- Embarazo

Si cree que le han discriminado de alguna manera, puede enviar una queja a:

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Por Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

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

Teléfono: Número gratuito **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

Correo Postal:

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

Podemos ofrecer servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros, tales como:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Servicios gratuitos en otros idiomas para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Para pedir ayuda, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

Si necesita cualquier otra ayuda, comuníquese con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud al 202-724-7491.

English

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

Spanish

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

Amharic

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

Vietnamese

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

Korean

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

French

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

Arabic

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

Mandarin

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

Russian

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

Burmese

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

Cantonese

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

Farsi

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

Polish

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

Portuguese

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

Punjabi

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

Haitian Creole

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

Hindi

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

Somali

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

Hmong

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

Italian

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

Tagalog

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


Japanese

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


B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.


| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|--|--|
| ¿Qué es un plan UHC Dual Choice 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 de DC Medicaid. 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 los medicamentos y servicios de Medicaid para los que usted cumple los requisitos conforme al programa DC Medicaid. |
| ¿En UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de DC Medicaid que recibo ahora? | <p>Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de DC Medicaid directamente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su equipo de cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de una agencia del Distrito o de servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado 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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.</p> |

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|--|---|
| <p>¿Puedo visitar a los mismos médicos que uso ahora?</p> | <p>Sí, puede seguir consultando al médico que usa ahora. Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), puede elegir continuar este tratamiento, independientemente de que este proveedor esté o no dentro de la red de proveedores de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).</p> <p>Es posible que los servicios de Medicaid requieran preautorización para los proveedores fuera de la red.</p> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea el Directorio de Proveedores y Farmacias de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) en el sitio web del plan en myuhc.com/communityplan.</p> <p>Si es nuevo en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</p> |
| <p>¿Qué es un navegador de cuidado de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)?</p> | <p>Un navegador de cuidado de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) es la persona principal con la que debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.</p> |
| <p>¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?</p> | <p>Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital. En algunos casos, otra agencia puede administrar estos servicios, y su navegador de cuidado o equipo de cuidado de la salud trabajará con esa agencia.</p> |
| <p>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) puede prestarlo?</p> | <p>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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.</p> |

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **myuhc.com/communityplan**.

| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|---|---|
| <p>¿Dónde está disponible UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)?</p> | <p>El área de servicio de este plan incluye: Washington, DC. Usted debe vivir en esta área para inscribirse en el plan.</p> <p>* Llame a Servicio al Cliente a los números que aparecen al final de esta página para obtener más información sobre si el plan está disponible en el lugar donde usted vive.</p> |
| <p>¿Qué es una preautorización?</p> | <p>Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, antes de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la Guía para Miembros si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de la Guía para Miembros para saber qué servicios requieren una preautorización.</p> <p>Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.</p> |

 **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite myuhc.com/communityplan.

| Preguntas frecuentes | Respuestas |
|---|---|
| ¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)? | No. Dado que usted tiene DC Medicaid, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud. |
| ¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)? | No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). |
| ¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)? | En UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0. |

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

C. Lista de servicios cubiertos

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

| 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 como paciente hospitalizado | \$0 | Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. |
| | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación | \$0 | |
| | Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC) | \$0 | |
| | Cuidado de un médico o un cirujano | \$0 | |
| Usted desea consultar a un médico | Visitas para tratar una lesión o enfermedad | \$0 | |
| | Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer | \$0 | |
| | Visitas de bienestar, como un examen médico | \$0 | 1 por cada año |
| | “Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez) | \$0 | |
| | Cuidado de especialistas | \$0 | |

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

| 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 | Servicios recibidos en la sala de emergencias | \$0 | \$0 de copago (mundial) por cada visita. En el caso de los servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, no se requiere preautorización para proveedores fuera de la red. |
| | Cuidado de urgencia | \$0 | \$0 de copago (mundial) por cada visita. |
| Usted necesita exámenes médicos | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI]) | \$0 | |
| | Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre | \$0 | |
| Usted necesita servicios para la audición | Exámenes de audición | \$0 | 1 por cada año |
| | Aparatos auditivos | \$0 | \$1,500 de asignación cada año para 2 aparatos auditivos* <ul style="list-style-type: none"> • Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y de marca con receta • Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios • La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía |

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.


| 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 dental | Exámenes dentales y cuidado preventivo | \$0 | \$1,500 de asignación para servicios dentales cubiertos* \$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales y coronas <ul style="list-style-type: none"> • Sin deducible anual • Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes • Posibilidad de consultar a cualquier dentista |
| | Cuidado dental restaurativo y de emergencia | \$0 | |
| Usted necesita cuidado de la vista | Exámenes de la vista | \$0 | 1 por cada año |
| | Anteojos o lentes de contacto | \$0 | El plan paga hasta \$250 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto* Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red. |
| | Otro cuidado de la vista | \$0 | |
| Usted necesita servicios de salud del comportamiento | Servicios de salud del comportamiento | \$0 | |

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

| 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 trastornos por consumo de sustancias | Servicios para trastornos por consumo de sustancias | \$0 | |
| Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle | Cuidado de enfermería especializada | \$0 | |
| | Cuidado en un asilo de convalecencia | \$0 | |
| | Cuidado tutelar de adultos y cuidado tutelar de adultos en grupo | \$0 | |
| Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente | Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla | \$0 | |
| Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud | Servicios de ambulancia | \$0 | Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia |
| | Transporte de emergencia | \$0 | |
| | Transporte a citas y servicios médicos | \$0 | 36 viajes en una sola dirección desde o hacia citas aprobadas relacionadas con el cuidado médico y farmacias* |

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

| 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) |
|--|--|---|---|
| <p>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</p> | <p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> | <p>\$0</p> | <p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la Guía para Miembros.</p> |
| | <p>Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare</p> | <p>\$0 por un suministro de 30 días.</p> | <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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).¹</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> |
| | <p>Medicamentos sin receta (OTC)</p> | | <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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).</p> |

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

| 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 ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud | Servicios de rehabilitación | \$0 | |
| | Equipo médico para cuidado a domicilio | \$0 | |
| | Servicios de diálisis | \$0 | |
| Usted necesita cuidado de los pies | Servicios de podiatría | \$0 | 4 visitas por cada año |
| | Servicios de ortesis | \$0 | |
| Usted necesita equipo médico duradero (DME) Nota: Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el Capítulo 4 de la Guía para Miembros . | Sillas de ruedas, muletas y andadores | \$0 | |
| | Nebulizadores | \$0 | |
| | Equipo de oxígeno y suministros | \$0 | |

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

| 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 adicionales (continúa en la página siguiente) | Servicios quiroprácticos | \$0 | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) |
| | Suministros y servicios para la diabetes | \$0 | Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. |
| | Servicios de prótesis | \$0 | |
| | Radioterapia | \$0 | |
| | Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad | \$0 | |
| | Crédito para productos de venta sin receta (OTC) y factura de servicios públicos | | \$88 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos para los miembros que califican <ul style="list-style-type: none"> • Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y mucho más • Compre alimentos saludables como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua |


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

| 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 adicionales (continuación) | | | <ul style="list-style-type: none"> • Pague facturas de servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o las tiendas de su comunidad que le queden cerca |
| | Beneficio de comidas | | Hasta 28 comidas durante 14 días; un número ilimitado de veces por cada año. Los miembros pueden recibir dos comidas por cada día durante 14 días, un número ilimitado de veces por cada año después del alta de servicios para pacientes hospitalizados en un hospital o un centro de enfermería especializada. Consulte la Guía para Miembros para obtener información detallada adicional. |

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Guía para Miembros** de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Si usted no tiene una **Guía para Miembros**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar myuhc.com/communityplan.

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


¹Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, DC Medicaid o una agencia del Distrito. Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.


| Otros servicios cubiertos por Medicare, TennCare o una Agencia Estatal | Sus costos |
|---|--|
| Ciertos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) | \$0 Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan. |

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

E. Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid

Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

| Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid | |
|--|---|
| Servicios que no se consideren “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y DC Medicaid, salvo que los indiquemos como servicios cubiertos | Procedimientos para mejoras electivas o voluntarias |
| Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare | Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que se cumplan los criterios requeridos |
| Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario | Cirugía LASIK |

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También 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 **Guía para Miembros**. 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 enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
 - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un idioma y en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
 - Descripción de los servicios que cubrimos
 - Cómo recibir servicios
 - Cuánto le costarán los servicios
 - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y navegador de cuidado
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
 - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año
 - Consultar 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, 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. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

- **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 proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
 - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia
 - Consultar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **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
 - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
 - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
 - Presentar una queja ante el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Finance, DHCF) de DC al **202-442-9533**, TTY **711**
 - Solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) de DC Medicaid de servicios o artículos que sean de naturaleza médica
 - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud o nuestros proveedores
 - Solicitar una Audiencia Imparcial del Distrito
 - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Guía para Miembros**. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

También puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos de DC al **202-724-7491**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página. Tal vez podría apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department
P.O. Box 6103, MS CA120-0360
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 CA120-0368
Cypress, CA 90630-0023

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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Los números de teléfono se encuentran al final de esta página.
- O bien, llame a Servicio al Cliente de DC Medicaid al **202-442-9533**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
- O bien, llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude de DC Medicaid al **1-877-632-2873**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
- 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.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite myuhc.com/communityplan.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de ID de Miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP):

1-866-242-7726

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 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

711

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 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Si necesita cuidado inmediato de la salud del comportamiento, llame a Optum Mental Health:

1-866-242-7726

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

711

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana