



# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Dual Complete GA-D002 (HMO-POS D-SNP)**  
H5322-030-000

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.



**[UHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan)**



**Número gratuito 1-844-560-4944, TTY 711**

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

**United  
Healthcare®**  
Dual Complete

# Resumen de Beneficios

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

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 [MyUHCAdvantage.com](https://www.myuhcadvantage.com) 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 GA-D002 (HMO-POS D-SNP)

Prima, deducible y límites médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	\$25.50	
<b>Deducible médico anual</b>	Su deducible médico combinado dentro y fuera de la red es de \$257 por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. 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)	\$9,350  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.	Un número ilimitado fuera de la red
	Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.	

## 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 Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o 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> Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	\$0 de copago por cada estadía, o; \$2,000 de copago por cada estadía	Sin cobertura	
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup> \$0 de copago por una colonoscopia \$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera	Sin cobertura	
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup>	\$0 de copago por una colonoscopia \$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera	Sin cobertura
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Especialistas <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	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	Sin cobertura
	Cubiertos por Medicare	\$0 de copago	Vacunas antigripales, contra la pulmonía o contra la COVID-19: \$0 de copago Todos los demás servicios: Sin cobertura
		<input type="checkbox"/> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal <input type="checkbox"/> Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol <input type="checkbox"/> Visita de bienestar anual <input type="checkbox"/> Medición de masa ósea <input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) <input type="checkbox"/> Exámenes cardiovasculares <input type="checkbox"/> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina <input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) <input type="checkbox"/> Evaluación de depresión	<input type="checkbox"/> Pruebas de detección y control de la diabetes <input type="checkbox"/> Prueba de detección de hepatitis C <input type="checkbox"/> Prueba de Detección del VIH <input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) <input type="checkbox"/> Servicios de terapia de nutrición clínica <input type="checkbox"/> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) <input type="checkbox"/> Evaluación y asesoramiento sobre obesidad <input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) <input type="checkbox"/> Pruebas de detección de infecciones de transmisión

## Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<p>sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p><input type="checkbox"/> Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</p>	<p><input type="checkbox"/> Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</p> <p><input type="checkbox"/> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p>
<p>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.</p>		


### Cuidado de emergencia

\$0 de copago o \$110 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) 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 o \$45 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <sup>2</sup>	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera	Sin cobertura
	Servicios de laboratorio <sup>2</sup>	\$0 de copago	Sin cobertura
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiología terapéutica <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
 <b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago, 1 por año	Sin cobertura

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red	
	Aparatos auditivos <sup>2</sup>	<p>Una asignación de \$1,500 cada año para 2 aparatos auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li><input type="checkbox"/> La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía</li> </ul>		
	<b>Beneficios dentales de rutina</b>	<p>Preventivos e integrales<sup>2</sup></p> <p>\$2,000 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos*</p> <p>\$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales y coronas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sin deducible anual</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes</li> <li><input type="checkbox"/> Posibilidad de consultar a cualquier dentista</li> </ul>		
	<b>Servicios para la vista</b>	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup>	\$0 de copago	Sin cobertura
		Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	Sin cobertura
		Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por cada año	Sin cobertura

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
	Artículos para la vista de rutina	\$250 de asignación para 1 par de marcos o lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> <li>Lentes con receta estándar gratuitos, incluso los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar) – todos con un revestimiento resistente a rayaduras</li> <li>Acceso a una de las redes nacionales más grandes de Medicare Advantage de proveedores de servicios para la vista y de proveedores de tiendas minoristas</li> <li>Artículos para la vista disponibles a través de proveedores en Internet, incluso Warby Parker y GlassesUSA</li> </ul>	
<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, o; \$2,000 de copago por cada estadía	40% de coseguro por cada estadía
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	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	



## Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red	
<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 cada día, días 1 a 100, o; \$0 de copago por cada día, días 1 a 20 \$209.50 de copago por cada día, días 21 a 100	Sin cobertura	
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b> Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.	\$0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre \$0 de copago o 20% de coseguro por transporte aéreo	Sin cobertura (excepto en casos de emergencia)	
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a citas médicas, gimnasios y farmacias	Sin cobertura	

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
El costo compartido dentro de la red indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos.	Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro, hasta \$35	Sin cobertura
	Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago por antígenos para alergias	Sin cobertura
	Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.	\$0 de copago o 20% de coseguro por todos los demás	

## Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo en la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

Medicamentos con receta	
<b>Deducible</b>	\$0
<b>Cobertura Inicial</b>	<b>Suministro de 30 días<sup>^</sup> o 100 días en una farmacia minorista o en una farmacia de pedidos por correo de la red</b>
Todos los medicamentos cubiertos <sup>3</sup>	\$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.

<sup>3</sup> Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

Beneficios adicionales			
		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura


## Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
<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® 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>	Sin cobertura
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	Sin cobertura
	Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
 <b>Programa de acondicionamiento físico</b>		\$0 de copago Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Membresía gratuita a un gimnasio</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li><input type="checkbox"/> Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Actividades para el mantenimiento de la memoria por Internet</li> </ul>	
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago, 4 visitas por año	Sin cobertura
<b>Beneficio de comidas<sup>2</sup></b>		\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	
<b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	Sin cobertura
<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>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	Sin cobertura

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</b>	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
 <b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>		<p>\$151 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y más</li> <li><input type="checkbox"/> Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</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, Dollar General y Kroger, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li> </ul>	
<b>Diálisis renal<sup>2</sup></b>		\$0 de copago o 20% de coseguro	Sin cobertura fuera de la red (excepto en situaciones de emergencia).

<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

## Deducible del plan

Su plan tiene un deducible para ciertos servicios. La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos.

Se aplica el deducible a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario.

## Deducible médico anual

Su deducible es de \$257 por cada año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

### Funciona de la siguiente manera:

1. Usted paga el deducible total de su plan; luego,
2. Usted paga su copago o coseguro; finalmente,
3. Su plan paga el resto.

Se aplica el deducible dentro y fuera de la red a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario:

### Dentro de la red

Lista de servicios que corresponden

#### Salud mental

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

#### Ambulancia

#### Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

#### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

- Centro de cirugía ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico

### Fuera de la red

Lista de servicios que corresponden

#### Salud mental

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

#### Ambulancia

#### Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

- 
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico
  - Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios
- 

#### **Visitas al médico**

- Médico Primario
  - Especialistas
- 

#### **Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías**

- Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico
  - Servicios de laboratorio
  - Pruebas y procedimientos de diagnóstico
  - Radiología terapéutica
  - Radiografías para pacientes ambulatorios
- 

#### **Servicios para la audición**

- Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio
- 

#### **Servicios para la vista**

- Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos
  - Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas
- 

#### **Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje**

---

#### **Medicamentos de la Parte B de Medicare**

- Medicamentos para quimioterapia
  - Otros medicamentos de la Parte B
- 

#### **Servicios quiroprácticos**

- Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación
- 

#### **Manejo de la diabetes**

- Suministros para el control de la diabetes
  - Plantillas o zapatos terapéuticos
- 

#### **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**

- Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)
-



- 
- Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)
- 

### **Cuidado de los pies**

- Exámenes y tratamiento de los pies
- 

### **Visita de terapia ocupacional**

---

### **Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos**

---

### **Diálisis renal**

---

## 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 Georgia Department of Community Health y lo que cubre nuestro plan.

**La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid.** Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener más información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Georgia Department of Community Health, 1-877-423-4746.

Beneficios	Medicaid	UHC Dual Complete GA-D002 (HMO-POS 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 limitada	Con cobertura
<b>Servicios para la Audición</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Servicios Dentales</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Servicios para la Vista</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Hospitalizados</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Cuidado de la Salud Mental</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Ambulancia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Transporte (de Rutina)</b>	Con cobertura	Con cobertura

<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UHC Dual Complete GA-D002 (HMO-POS D-SNP)</b>
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Quiropráctico</b>	Sin Cobertura	Con cobertura limitada
<b>Suministros y Servicios para la Diabetes</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Equipo Médico Duradero</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Cuidado de los Pies</b>	Con cobertura limitada	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 limitada	Con cobertura

## Acerca de este plan

UHC Dual Complete GA-D002 (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS 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. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores.

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 Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Usted paga los costos compartidos que se indican en la tabla a continuación. Es posible que haya algunos servicios que no tengan un costo compartido para el miembro.
- **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 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.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tengan un costo compartido para el miembro.

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Georgia:** Appling, Atkinson, Bacon, Baker, Baldwin, Banks, Barrow, Bartow, Ben Hill, Berrien, Bibb, Bleckley, Brantley, Brooks, Bryan, Bulloch, Burke, Butts, Calhoun, Camden, Candler, Catoosa, Charlton, Chatham, Chattahoochee, Chattooga, Cherokee, Clarke, Clay, Clayton, Clinch, Cobb, Coffee, Colquitt, Columbia, Cook, Coweta, Crawford, Crisp, Dade, Dawson, Decatur, DeKalb, Dodge, Dooly, Douglas, Early, Echols, Effingham, Elbert, Emanuel, Evans, Fannin, Fayette, Floyd, Forsyth, Franklin, Fulton, Gilmer, Glascock, Glynn, Gordon, Grady, Greene, Gwinnett, Habersham, Hall, Hancock, Haralson, Harris, Hart, Heard, Henry, Houston, Irwin, Jackson, Jasper, Jeff Davis, Jefferson, Jenkins, Johnson, Jones, Lamar, Lanier, Laurens, Lee, Liberty, Lincoln, Long, Lowndes, Lumpkin, Macon, Madison, Marion, McDuffie, McIntosh, Meriwether, Miller, Mitchell, Monroe, Montgomery, Morgan, Murray, Muscogee, Newton, Oconee, Oglethorpe, Paulding, Peach, Pickens, Pierce, Pike, Polk, Pulaski, Putnam, Quitman, Rabun, Randolph, Richmond, Rockdale, Schley, Screven, Seminole, Spalding, Stephens, Stewart, Sumter, Talbot, Taliaferro, Tattnall, Taylor, Telfair, Terrell, Thomas, Tift, Toombs, Towns, Treutlen, Troup, Turner, Twiggs, Union, Upson, Walker, Walton, Ware, Warren, Washington, Wayne, Webster, Wheeler, White, Whitfield, Wilcox, Wilkes, Wilkinson, Worth.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete GA-D002 (HMO-POS D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Hay ciertos servicios para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. 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. 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 [UHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan) 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 GA-D002 (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.

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](https://www.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 1-866-480-1086 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 1-866-480-1086 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.

### Aparatos auditivos

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

### Beneficios dentales de rutina

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

### Artículos para la vista de rutina

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

### Programa de acondicionamiento físico

La participación en el programa de acondicionamiento físico 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 de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases y las actividades de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases,

actividades, 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.

La red de gimnasios puede variar en el mercado local y el plan.

AARP® Staying Sharp® es la marca registrada de AARP. Staying Sharp, incluso todo el contenido y las características, se ofrece para su conocimiento y para educar a los usuarios sobre el cuidado de la agudeza mental y los problemas médicos que pueden afectar a su vida diaria. Staying Sharp se basa en un enfoque holístico de estilo de vida para la agudeza mental que anima a los usuarios a incorporar en su vida diaria actividades asociadas con el bienestar general. Nada del servicio se debe considerar ni usar como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico. Las características, que incluyen Cognitive Assessment and Lifestyle Check-Ins (Evaluación Cognitiva y Consultas de Estilo de Vida), Additional Tests (Pruebas Adicionales), los ejercicios y los desafíos, evalúan el desempeño en un momento particular en ciertas tareas cognitivas específicas. Los juegos de Staying Sharp están diseñados con el propósito de divertir y entretener solamente. Varios factores pueden afectar el desempeño, incluso el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales. El desempeño no es un indicador de la salud cognitiva ni predice el futuro desempeño ni las enfermedades.

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

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

El derecho de participación en 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 limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción.

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.

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 con todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas.