



# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)**  
H2445-001-000

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

 [MyUHC.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan)

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

**United  
Healthcare®**  
Dual Complete

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

## Índice

A.	Exenciones de responsabilidad .....	3
B.	Preguntas frecuentes (FAQ) .....	10
C.	Lista de servicios cubiertos .....	17
D.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP).....	33
E.	Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid.....	33
F.	Sus derechos como miembro del plan .....	34
G.	Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado .....	36
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....	36

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS 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 **Evidencia de Cobertura**.

- UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Cardinal Care Medicaid de Virginia. La inscripción en UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para toda persona que tenga Medicare y los beneficios completos de Cardinal Care Virginia Medicaid.
- La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.
- Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones o exclusiones.
- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual Medicare y Usted. Este manual se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede acceder a este por Internet en el sitio web de Medicare (**es.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**.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- Las primas están cubiertas para los miembros de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP).
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con **es.medicare.gov** o llame al **1-800-MEDICARE** para obtener información sobre todas sus opciones.
- Para hacer 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, comuníquese con Servicio al Cliente.

**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.

**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. Examen de la vista de rutina anual y hasta \$400 de asignación para 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.

**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. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, las actividades y los eventos 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 otros 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, incluido 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 sus vidas diarias. 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 destinados únicamente a fines recreativos y de entretenimiento. Varios factores pueden afectar al desempeño, incluido el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales. El desempeño no es indicativo 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). Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y copago por medicamentos con receta de \$0 según el modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional y se verificarán después de la inscripción.

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

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.

## Aviso de antidiscriminación

**La discriminación está prohibida por la ley.** La compañía cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no excluye, no trata diferente ni discrimina a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; el embarazo o afecciones relacionadas; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos sexuales.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Por Correo Electrónico:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)
- **Por Correo:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados.

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

Ofrecemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas americano
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

También ofrecemos servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o que se indica en la portada de la guía (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Este aviso está disponible en

<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.

## Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

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

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

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

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

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

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

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình bảo hiểm sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng hội viên của bạn hoặc ghi trên bìa của quyển sách nhỏ. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

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

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

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

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

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर या पुस्तिका के अग्रभाग पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

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

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro ou indicado na parte da frente do folheto. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an oswa ki endike sou kouvèti ti liv la. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

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

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

**Urdu:** ہماری صحت یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں اپنے رکن کے شناختی کارڈ پر یا کتابچے کے سرورق پر درج ٹول فری نمبر کا استعمال کرتے ہوئے کال کریں۔ آپ کی زبان بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

**Farsi:** ما خدمات ترجمہ شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به تمامی پرسش‌های احتمالی شما درباره طرح بیمه درمانی یا دارویی‌مان پاسخ دهیم۔ برای بهره‌مندی از خدمات مترجم شفاهی، لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی عضویت شما یا روی جلد دفترچه‌ی راهنما درج شده است، با ما تماس بگیرید۔ فردی که به زبان مادری‌تان صحبت می‌کند، آماده کمک‌رسانی به شماست۔ این خدمات کاملاً رایگان ارائه می‌شود۔

**Bengali:** আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যের দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, অনুগ্রহ করে আপনার সদস্য শনাক্তকরণ কার্ডে বা বুকলেটের কভারে তালিকাভুক্ত টোল-ফ্রি নম্বর ব্যবহার করে আমাদের কল করুন। আপনার ভাষায় কথা বলেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরিষেবা।

**Telugu:** మా ఆరోగ్యం లేదా డ్రగ్ ప్లాన్ గురించి మీకు ఏమైనా సందేహాలు ఉంటే వాటికి సమాధానం ఇవ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి, దయచేసి మీ సభ్యుని గుర్తింపు కార్డుపై లేదా బుక్‌లెట్ కవర్‌పై జాబితా చేయబడిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్‌ను ఉపయోగించి మాకు కాల్ చేయండి. మీ భాష మాట్లాడే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సేవ.

**Nepali:** तपाईंको स्वास्थ्य वा औषधि योजना बारे तपाईं सँग हुनसक्ने कुनै पनि प्रश्नको जवाफ प्रदान गर्न हामी सँग निःशुल्क अनुवादक सेवाहरू उपलब्ध छन्। एक अनुवादक प्राप्त गर्न कृपया तपाईंको सदस्य पहिचान पत्र वा पुस्तिकाको कभरमा सूचीबद्ध टोल-फ्री नम्बरमा फोन गर्नुहोस्। तपाईंको भाषामा कुरा गर्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई सहयोग गर्नेछ। यो एउटा निःशुल्क सेवा हो।

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes (frequently asked questions, FAQ).

Preguntas frecuentes	Respuestas
<b>¿Qué es un plan UHC Dual Complete D-SNP?</b>	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 Cardinal Care. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble cubre todos sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta (Parte D de Medicare), y proporciona todos sus medicamentos y servicios de Medicaid conforme al programa de Cuidado Administrado de Cardinal Care.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan)**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<b>¿En UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Cardinal Care Medicaid que recibo ahora?</b>	<p>Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de Cardinal Care directamente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS 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, su administrador del cuidado de la salud o su coordinador del 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 estatal o del condado, de servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, o servicios de centros regionales.</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es medicamento necesario. Medicaid podría cubrir medicamentos que no están cubiertos por Medicare a través de Cardinal Care. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora?</b></p>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir usándolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. <b>Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP).</b> Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera de la red del plan UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP).</li> </ul> <p>Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia.</p> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el <b>Directorio de Proveedores y Farmacias</b> de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en <b>MyUHC.com/CommunityPlan</b> para obtener la lista más actualizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es nuevo en UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</li> </ul>

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

<b>Preguntas frecuentes</b>	<b>Respuestas</b>
<b>¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud o administrador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</b>	Un coordinador del cuidado de la salud o administrador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) es la persona principal con la que usted debe comunicarse en UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP). Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.
<b>¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?</b>	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) proporciona Apoyos y Servicios a Largo Plazo si se determina que usted cumple los requisitos a través del proceso de evaluación de Apoyos y Servicios a Largo Plazo. Por lo general, estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero también se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital, cuando fuera necesario. En algunos casos, una agencia del condado u otra agencia puede prestar estos servicios, y su equipo de cuidado de la salud trabajará con esa agencia.
<b>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?</b>	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubrirá los servicios prestados por un proveedor fuera de la red.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Dónde está disponible UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</b></p>	<p>El área de servicio de este plan incluye: Los condados de Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax City, Fairfax, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin City, Franklin, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Martinsville City, Manassas City, Manassas Park City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Portsmouth City, Poquoson City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe y York, Virginia. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](https://MyUHC.com/CommunityPlan)**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<b>¿Qué es una preautorización?</b>	<p>Preautorización se refiere a que usted debe obtener una aprobación de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, <b>antes</b> de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, artículo o medicamento.</p> <p><b>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.</b> UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarles a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la <b>Evidencia de Cobertura</b> si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b> 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>
<b>¿Qué es una referencia?</b>	<p>Una referencia significa que su equipo de cuidado de la salud debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su proveedor de cuidado primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su equipo de cuidado de la salud, es posible que UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) no cubra los servicios. UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su equipo de cuidado de la salud antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia de su equipo de cuidado de la salud.</p>

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<b>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</b>	No. Dado que usted tiene Cardinal Care, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
<b>¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</b>	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP).
<b>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</b>	En UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0. Es posible que los miembros que reciban Apoyos y Servicios a Largo Plazo, incluidos los servicios de ubicación en centros de enfermería especializada y de custodia y los servicios del Programa de Exención CCC Plus, tengan que pagar una cantidad mensual como paciente, según lo determine el Departamento de Servicios Sociales de Virginia.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado hospitalario</b>	Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital.  Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0	
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted desea usar un proveedor de cuidado de la salud</b>	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado preventivo (cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales y pruebas de detección del cáncer)	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	\$0	
	Cuidado de especialistas	\$0	

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan)**.

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	Puede usar cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita cuidado de emergencia. No necesita una preautorización y no es necesario que el hospital esté dentro de la red. La cobertura mundial está disponible por el mismo copago. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
	Cuidado de urgencia	\$0	Los servicios requeridos de urgencia no son cuidado de emergencia. No necesita una preautorización y no es necesario que el centro de cuidado de urgencia esté dentro de la red. La cobertura mundial está disponible por el mismo copago. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
<b>Usted necesita exámenes médicos</b>	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	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	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita servicios para la audición</b></p>	<p>Exámenes de audición (incluidos los exámenes de audición de rutina)</p>	<p>\$0</p>	<p>Con cobertura para miembros menores de 21 años. 1 examen de audición de rutina por cada año.</p>
	<p>Aparatos auditivos (así como ajustes y accesorios y suministros relacionados)</p>	<p>\$0</p>	<p>\$3,200 de asignación cada año para 2 aparatos auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y de marca con receta</li> <li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li>• 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> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado dental</b>	Exámenes dentales y cuidado preventivo	\$0	<p>Los exámenes, las limpiezas, las radiografías, el fluoruro y los servicios dentales integrales tienen cobertura.</p> <p>\$3,000 de límite para todos los servicios dentales cubiertos.</p> <p>Además, Cardinal Care ofrece una gama completa de cuidado dental para niños y adultos a través de DentaQuest, su Administrador de Beneficios Dentales de Medicaid. Comuníquese al <b>888-912-3456</b> para obtener más información o visite <b><a href="http://www.dentaquest.com/en/members/virginia-medicaid-dental-coverage#accordion-82f12f4b30-item-117cdd34ad">www.dentaquest.com/en/members/virginia-medicaid-dental-coverage#accordion-82f12f4b30-item-117cdd34ad</a></b>.</p>
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	<p>Cardinal Care proporciona cobertura para cuidado dental restaurativo y de emergencia. Los frenos para adultos mayores de 21 años no están cubiertos. Comuníquese con DentaQuest para obtener información sobre la cobertura.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](http://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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado de la vista</b>	Servicios quiroprácticos	\$0	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)  Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Examen de la vista	\$0	1 cada año. UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubre exámenes de diagnóstico y procedimientos de tratamiento optométrico proporcionados por oftalmólogos, optometristas y ópticos.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	\$400 de crédito cada año para 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto.  La cobertura para anteojos se limita a los miembros menores de 21 años, excepto como un beneficio complementario.
	Otro cuidado de la vista (incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted tiene una condición de salud mental</b>	Servicios de salud mental	\$0	<p>UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para una gama completa de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios para trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	\$0	<p>UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios, que incluyen, entre otros, intervención en crisis y hospitalización psiquiátrica, administración de casos, servicios terapéuticos y de rehabilitación, y tratamiento residencial.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias</b>	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	<p>A través del programa Servicios de Tratamiento de Adicciones y Recuperación (Addiction and Recovery Treatment Services, ARTS) de Cardinal Care, UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para una gama completa de servicios de tratamiento de adicciones, incluidos los servicios para pacientes ambulatorios y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios, administración de casos, servicios de tratamiento residencial y relacionado con opiáceos.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
<b>Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle</b>	Cuidado de enfermería especializada	\$0	<p>UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para cuidado en un centro de enfermería especializada y de cuidado intermedio.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	<p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	Cuidado tutelar de adultos y cuidado tutelar de adultos en grupo	\$0	

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud</b>	Servicios de ambulancia	\$0	Para otros casos, nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia (que no sean de emergencia). En casos que no sean de emergencia, es posible que paguemos una ambulancia. Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud.
	Transporte de emergencia	\$0	En situaciones de emergencia se incluye transporte terrestre (ambulancia) y aéreo (avión y helicóptero). El transporte le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.
	Transporte a citas y servicios médicos	\$0	Número ilimitado de viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios, centros de cuidado diurno para adultos y farmacias. Incluye servicios de transporte cubiertos por Medicare. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</b>	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	\$0	<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.</p> <p>Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	<p>\$0</p> <p>Los copagos por medicamentos con receta pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que usted recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.</p>	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</b> de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP).</p> <p>Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red.</p> <p>Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.</p>
	Medicamentos sin receta (OTC)	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</b> de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP).</p>

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>	Servicios de rehabilitación	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	
	Servicios de diálisis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría	\$0	4 visitas de cuidado de los pies de rutina por cada año. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b> <b>Nota:</b> 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 <b>Capítulo 4</b> de la <b>Evidencia de Cobertura</b> .	Sillas de ruedas, muletas, andadores, nebulizadores, equipos y suministros de oxígeno	\$0	UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para sillas de ruedas, muletas y andadores, así como para una amplia variedad de otros artículos de equipo médico duradero. La cobertura de equipos médicos duraderos se basa en la necesidad médica y no tiene límites de beneficios máximos.  Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0	<p>UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubre servicios de asistencia médica a domicilio, que incluyen cuidado de enfermería, terapias de rehabilitación y servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio. Además, el Programa de Exención Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) proporciona cobertura para otros apoyos y servicios a largo plazo como servicios de enfermería privada. Consulte a su equipo de cuidado de la salud de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) para solicitar una evaluación de Apoyos y Servicios a Largo Plazo para el Programa de Exención CCC Plus.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	\$0	<p>Es posible que las modificaciones en el domicilio estén cubiertas por Cardinal Care a través del Programa de Exención CCC Plus. Las modificaciones se pueden realizar en su lugar de residencia principal o en su vehículo principal y deben permitirle desenvolverse con mayor independencia. Hable con su equipo de cuidado de la salud si desea más información.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)</b>	Servicios de salud diurnos para adultos	\$0  Es posible que usted tenga que pagar una cantidad mensual como paciente, según lo determine el Departamento de Servicios Sociales de Virginia.	UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) proporciona estos servicios si se determina que usted cumple los requisitos a través del proceso de evaluación de Apoyos y Servicios a Largo Plazo.  Si usted no tiene UnitedHealthcare para recibir sus servicios de Medicaid, llame a su compañía de seguros de Medicaid para obtener más información.  Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de habilitación diurnos	\$0	
	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	\$0	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios cubiertos adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	<p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos 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>
	Servicios de prótesis	\$0	<p><b>UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)</b> proporciona cobertura para prótesis médicamente necesarias para niños menores de 21 años y para adultos y niños cuando se recomiendan como parte de un programa de rehabilitación intensiva aprobado.</p>
	Radioterapia	\$0	
	Servicios para ayudarlo a manejar su enfermedad	\$0	<p>Se prestan servicios de administración del cuidado de la salud o coordinación del cuidado de la salud a todos los miembros de <b>UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)</b>. La administración del cuidado de la salud proporciona un nivel de servicio más intensivo si su salud lo requiere.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios cubiertos adicionales (continuación)</b>	Programa de acondicionamiento físico	\$0	<p>El programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una membresía gratuita a un gimnasio cerca de usted</li> <li>• Acceso a una gran red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> </ul>
	Beneficio de comidas	\$0	<p>28 comidas entregadas a su domicilio durante 14 días, un número ilimitado de veces por cada año después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	\$0	<p>\$382 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos selectos de seguridad para el domicilio y el baño, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios cubiertos adicionales (continuación)</b>			Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos solamente están disponibles para los miembros que califican. Su crédito vence al final de cada mes.
	Relevo del cuidador	\$0	Los miembros con discapacidades u otras enfermedades calificadas podrían cumplir los requisitos para recibir hasta 40 horas por cada mes de relevo del cuidador.  Usted debe obtener una preautorización de su plan de salud.
	Visitas virtuales médicas	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.  Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias.
	Visitas virtuales de salud mental	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.  Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias.

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 **Evidencia de Cobertura de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)**. Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de **UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)** para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar **MyUHC.com/CommunityPlan**.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

## D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. 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 directamente por Medicaid de tarifa por servicio	Sus costos
Coordinación de apoyo para discapacidades del desarrollo	\$0
Transporte para recibir servicios de los programas de exención Desarrollar la Independencia (BI), Vida en la Comunidad (CL) y Apoyos Familiares e Individuales (FIS)	\$0

## E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid

Esta no es una lista completa. Llame a Servicio al Cliente para saber qué otros servicios están excluidos.

Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid	
Servicios que no se consideren “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y de Medicaid	Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare.
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario	Cirugía LASIK.
Servicios de enfermería prestados en un Sanatorio de la Ciencia Cristiana	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

## F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS 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 **Evidencia de Cobertura**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su 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 coordinadores del cuidado de la salud
- **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.
  - Usar 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

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
- Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado
- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus 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 el cuidado de urgencia y de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin una preautorización
  - Usar 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. No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
  - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
  - Presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia a través de la Línea de Asistencia para Miembros 1-804-786-6145 (los miembros con limitaciones auditivas deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Virginia al 711). El sitio web de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) **MyUHC.com/CommunityPlan** ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en Internet.
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente de Cardinal Care Medicaid de servicios o artículos que sean de naturaleza médica
  - Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal del Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia.
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

**Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

Además, puede llamar a la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de Virginia para recibir ayuda. Un “ombudsman” es un defensor que puede ayudarle a resolver problemas relacionados con la cobertura del plan, los beneficios del plan, el cuidado de la salud, el cuidado de la salud del comportamiento y los apoyos y servicios para el cuidado a largo plazo. Puede comunicarse con el Ombudsman al **1-800-552-5019** (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Virginia al **711**).

## **G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado**

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-7151**. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

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

### **Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:**

UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department  
P.O. Box 6106, MS CA120-0360  
Cypress, CA 90630-0016

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

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department  
P.O. Box 6106, MS CA120-0368  
Cypress, CA 90630-0016

## **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.

- O bien, llame a la Línea de Asistencia de Cardinal Care Medicaid de Virginia al **1-800-643-2273**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-817-6608**.
- Llame a la Unidad de Control de Fraude de Cardinal Care Medicaid de Virginia al **1-800-371-0824** o al **1-804-371-0779** (los usuarios de TTY deben marcar **711** para el Servicio de Retransmisión de Virginia) o envíe un correo electrónico a **MFCU\_mail@oag.state.va.us**.
- O bien, 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 Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **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 Complete:**



**1-844-368-7151**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

### **TTY 711**

Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

## **Si necesita cuidado de la salud del comportamiento inmediatamente, llame a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento:**



**1-844-368-7151**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. UHC Dual Complete también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

### **TTY 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 lunes a viernes, de abril a septiembre.