



Aviso Anual de Cambios 2024

UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)
H0845-001-000



Número gratuito **1-844-368-5888**, TTY **711**, o su servicio de retransmisión preferido

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



es.myuhc.com/CommunityPlan

¿Tenemos su dirección correcta?

Háganoslo saber para que reciba toda la información del plan.

United
Healthcare®

Y0066_ANOC_H0845_001_000_2024_M_SP

Aviso Anual de Cambios del Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) para el Año 2024

Introducción



Actualmente, usted está inscrito como miembro de nuestro plan.

El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura y reglas. Este **Aviso Anual de Cambios** le explica los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Guía para Miembros**, que se encuentra en nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Recursos adicionales

Puede obtener este **Aviso Anual de Cambios** sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, 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.

Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Una persona que habla su idioma preferido puede ayudarle. Este servicio es gratuito. Los materiales estarán disponibles en español, hmong y somalí. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

Índice

A.	Exenciones de responsabilidad	8
B.	Revise su cobertura de Medicare y de la Asistencia Médica para el próximo año	10
	B1. Información sobre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).....	10
	B2. Cosas importantes que debe hacer	11
C.	Cambios en el nombre de nuestro plan	12
D.	Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red	12
E.	Cambios en los beneficios para el próximo año.....	12
	E1. Cambios en los beneficios por servicios médicos.....	12
	E2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta	15
F.	Cómo elegir un plan	16
	F1. Cómo seguir en nuestro plan	16
	F2. Cómo cambiar de plan.....	16
G.	Cómo recibir ayuda	21
	G1. Nuestro plan.....	21
	G2. Senior LinkAge Line®	21
	G3. El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado	22
	G4. Medicare.....	22
	G5. Asistencia Médica.....	23



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Quejas sobre Derechos Civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR), una agencia federal, si cree que le han discriminado por uno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Edad
- Discapacidad
- Sexo
- Religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **Oficina de Derechos Civiles** para presentar una queja:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Centro de Respuesta al Cliente: Número gratuito: 800-368-1019
Número gratuito de TDD: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR) si le han discriminado por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión
- Credo
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado civil
- Situación con respecto a la asistencia pública
- Discapacidad

Comuníquese directamente con el **Departamento de Derechos Humanos de Minnesota** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104

Correo de voz: 651-539-1100
Número gratuito: 800-657-3704
Servicio de Retransmisión de Minnesota: 711 u 800-627-3529
Fax: 651-296-9042
Correo electrónico: Info.MDHR@state.mn.us

Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) si cree que le han discriminado en nuestros programas de cuidado de la salud por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión (en algunos casos)
- Edad
- Discapacidad (incluidas las limitaciones físicas o mentales)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas se deben presentar por escrito y en un plazo no mayor de 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección, y describir la discriminación de la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigarla. Si la tenemos, investigaremos la queja.

El Departamento de Servicios Humanos le notificará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el Departamento de Servicios Humanos revise el resultado de la investigación. Sea breve e indique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya la información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarle de ninguna manera por presentar una queja. El hecho de presentar una queja de esta manera no le impide emprender otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **Departamento de Servicios Humanos** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
Correo de voz: 651-431-3040 o use su servicio de retransmisión preferido

Informe de Salud para Indoamericanos

Los indoamericanos pueden seguir usando o comenzar a usar las clínicas tribales y de los Servicios de Salud Indígenas (Indian Health Services, IHS). No exigiremos una preaprobación ni impondremos ninguna condición para que usted reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (Elderly Waiver, EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de los Servicios de Salud Indígenas le refiere a un proveedor dentro de nuestra red, usted no necesitará consultar a su proveedor de cuidado primario antes de la referencia.

1-888-269-5410, TTY 711

Atención. Si necesita ayuda gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado anteriormente.

ያስተውሉ፡ ካለዎንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤစာရွက်စာတမ်းအား အခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။*

កំណត់សម្គាល់៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုဉ်ဟ်သး. နမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤနၤလၢၤ တၢ်ကကွဲးကျိးထံဝဲဒဉ် လံာ်တီလံာ်မိတခါအံၤအယိ ကိးလိတဲစိနိဉ်ဂံၢ် လၢထးအံၤန့ၢ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໄປຮອດຊາບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພໍ ຣີ, ຈົ່ງໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

A. Exenciones de responsabilidad

- Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Puede consultar esta guía en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/communityplan**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.
- UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa Asistencia Médica de Minnesota para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La inscripción en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen; no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente o lea la **Guía para Miembros**.
- UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es para personas mayores de 65 años que viven en el área de servicio y tienen tanto la Parte A como la Parte B de Medicare y la Asistencia Médica.
- Con UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), usted puede recibir sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica en un solo plan de salud. Un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- Para obtener más información sobre **Medicare**, usted puede leer el manual **Medicare y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**) o por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Para obtener más información sobre la Asistencia Médica, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **1-651-431-2670** o al número gratuito **1-800-657-3739**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529**.
- ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) Member Services at the number at the bottom of this page. The call is free.
- Puede obtener este documento sin costo en idiomas que no sean inglés y en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.
- La participación en el programa Renew Active® es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por 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.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.
- UHC Dual Complete® (HMO 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.
- 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 al **1-800-MEDICARE** para obtener información sobre todas sus opciones.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros** para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los nuevos medicamentos con receta que OptumRx envía deberían llegar en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido llenado, y los pedidos de resurtidos deberían llegar en unos siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Los beneficios y las características varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.
- Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su **Guía para Miembros**.

B. Revise su cobertura de Medicare y de la Asistencia Médica para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que siga satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la Sección E para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige dejar nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el que se realizó la solicitud. Seguirá estando inscrito en los programas Medicare y Asistencia Médica siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Opciones de la Asistencia Médica en la **Sección F2**.
- Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica (Medicaid) si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado.

Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en Minnesota Senior Health Options (MSHO) de nuestro plan.

Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ que esté disponible en su condado.

Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica.

B1. Información sobre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)

- UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- La cobertura de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)” en este **Aviso Anual de Cambios**, hacen referencia a UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios que le afecte.**
 - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
 - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos con receta que le afecte.**
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Usted podrá usar las mismas farmacias?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Compruebe que sus proveedores y farmacias estén dentro de nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están dentro de nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y demás proveedores que usted usa?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**

Si decide seguir en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP):

Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil — no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, seguirá inscrito automáticamente en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambia de UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO-POS D-SNP) a UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. Si tiene preguntas o si su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888** (los usuarios de TTY deben llamar al **711** o a su servicio de retransmisión preferido) y le enviaremos una nueva.

Verá reflejado el nuevo nombre del plan en futuras comunicaciones en las que se haga referencia a este.

D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Se han hecho cambios en nuestras redes de proveedores y farmacias para el año 2024.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2024 para saber si sus proveedores o farmacias están dentro de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.

E. Cambios en los beneficios para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios por servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos cambiará el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Cambios en los beneficios	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Cambio del plan	Como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO-POS D-SNP), un plan de Punto de Servicio (POS) de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), usted puede recibir ciertos servicios cubiertos de médicos y otros proveedores médicos que no tienen un contrato con UnitedHealthcare.	El beneficio de Punto de Servicio no estará disponible. Como miembro de UHC Dual Complete® MN-Y002 (HMO D-SNP), un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud, usted solamente puede recibir ciertos servicios cubiertos de médicos y otros proveedores médicos que tienen un contrato con UnitedHealthcare. Si actualmente está recibiendo cuidado de médicos u otros proveedores fuera de la red, tendrá que cambiarse a los proveedores que aparecen en nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias para que esos servicios estén cubiertos. Para obtener información adicional, consulte la Guía para Miembros o nuestro sitio web es.myuhc.com/communityplan .
Servicios Dentales Integrales (Sin Cobertura de Medicare)	Con cobertura	Sin Cobertura (El beneficio ahora está cubierto por la Asistencia Médica)

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

Cambios en los beneficios	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Examen de la Vista o Artículos para la Vista (Sin Cobertura de Medicare)	Con cobertura	Sin Cobertura (El beneficio ahora está cubierto por la Asistencia Médica)
Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el baño y el hogar, y facturas de servicios públicos	El crédito mensual es de \$130	Se carga un crédito mensual de \$180.00 a su UCard™ de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta, Modificaciones y Dispositivos de Seguridad para el Baño y el Hogar, Asignación para Alimentos y ciertas facturas de servicios públicos. Su crédito vence al final de cada mes. Use su UCard™ en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios. Consulte su Guía para Miembros para obtener más información.
Dispositivos de apoyo personal	Sin cobertura	\$150.00 de beneficio por trimestre. Crédito combinado entre Apoyo a Domicilio, Modificaciones y Dispositivos de Seguridad para el Baño y el Hogar, y Control de Plagas. La cantidad vence al final de cada año.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

Cambios en los beneficios	2023 (este año)	2024 (próximo año)
Transporte de Rutina	Usted paga un copago de \$0 por 48 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados por el plan, como citas relacionadas con el cuidado médico, la farmacia y ciertos otros sitios que le ayudan a usar sus beneficios.	El plan cubre un número ilimitado de viajes para citas médicamente necesarias y a farmacias. Además, el plan cubre 48 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como gimnasios, centros comunitarios y lugares de culto.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una **Lista de Medicamentos Cubiertos** actualizada en nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, o cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la Lista de Medicamentos para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si hay alguna restricción.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le alentamos a que:

- Consulte a su médico (o a otro profesional que recete) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.
- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) y solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento.
 - Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta).



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

- Para saber qué debe hacer para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre cómo comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud.
- Nos pida que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es de hasta 31 días. (Si desea saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y sobre cómo pedirlo, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.)
 - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se termine dicho suministro. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que cubra nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

No habrá cambios en lo que usted pagará por los medicamentos con receta en 2024. Lea a continuación para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos con receta.

F. Cómo elegir un plan

F1. Cómo seguir en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se cambia a otro plan de Medicare o no se cambia a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2024.

F2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene la Asistencia Médica, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente por única vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de Inscripción Especial, usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- **El Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se haya mudado fuera de nuestra área de servicio,
- sus requisitos de participación en la Asistencia Médica o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado, o
- usted recientemente se haya mudado a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.

Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ que esté disponible en su condado. Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

1. Puede cambiarse a:**Otro plan de salud de Medicare****Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare 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**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-333-2433** (los usuarios de TTY deben llamar al **711** o usar su servicio de retransmisión preferido). Para obtener más información o para buscar una oficina local de Senior LinkAge Line® en su área, visite <https://mn.gov/senior-linkage-line/>.

O

Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.

Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ que esté disponible en su condado. Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

2. Puede cambiarse a:

Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare y seguir con los servicios actuales de la Asistencia Médica

Esto es lo que debe hacer:

Llame a Medicare 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**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-333-2433** (los usuarios de TTY deben llamar al **711** o usar su servicio de retransmisión preferido). Para obtener más información o para buscar una oficina local de Senior LinkAge Line® en su área, visite <https://mn.gov/senior-linkage-line/>.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-333-2433** (los usuarios de TTY deben llamar al **711** o usar su servicio de retransmisión preferido). Para obtener más información o para buscar una oficina local de Senior LinkAge Line® en su área, visite <https://mn.gov/senior-linkage-line/>.

O

Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.

Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ que esté disponible en su condado.

Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

<p>2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare y seguir con los servicios actuales de la Asistencia Médica (continuación)</p>	<p>y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica.</p>
<p>3. Puede cambiarse a: Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare y seguir con los servicios actuales de la Asistencia Médica</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). Para obtener más información o para buscar una oficina local de Senior LinkAge Line® en su área, visite https://mn.gov/senior-linkage-line/.</p>	<p>Esto es lo que debe hacer:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). Para obtener más información o para buscar una oficina local de Senior LinkAge Line® en su área, visite https://mn.gov/senior-linkage-line/. <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.</p> <p>Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

3. Puede cambiarse a:

Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare y seguir con los servicios actuales de la Asistencia Médica (continuación).

que esté disponible en su condado. Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica.

Sus servicios de la Asistencia Médica

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de la Asistencia Médica después de dejar nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) al **1-800-333-2433** (los usuarios del Servicio de Retransmisión de Minnesota, TTY **711**, deben llamar al **711** o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, este programa se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de la Asistencia Médica.

G. Cómo recibir ayuda**G1. Nuestro plan**

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página durante los días y el horario de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su Guía para Miembros

Su **Guía para Miembros** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios para 2024. Explica sus derechos y nuestras reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que cubrimos. La **Guía para Miembros** para 2024 estará disponible para el 15 de octubre. Usted también puede revisar la **Guía para Miembros** para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o costos. En nuestro sitio web, es.myuhc.com/CommunityPlan, encontrará una copia actualizada de la **Guía para Miembros**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una **Guía para Miembros** para 2024.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en es.myuhc.com/CommunityPlan. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**) y de nuestra Lista de Medicamentos (**Lista de Medicamentos Cubiertos**).



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

G2. Senior LinkAge Line®

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud. En Minnesota, este programa se llama Senior LinkAge Line®. Este programa puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Senior LinkAge Line® no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en cada estado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de Senior LinkAge Line® es el **1-800-333-2433**, o bien, el Servicio de Retransmisión de Minnesota es el TTY **711**. Para obtener más información o para buscar una oficina local de Senior LinkAge Line® en su área, visite <https://mn.gov/senior-linkage-line/>.

G3. El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado

El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado actúa como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado también ayuda a las personas inscritas en la Asistencia Médica con problemas de servicio o facturación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos. **El Ombudsman también puede ayudarle a solicitar una apelación estatal (audiencia imparcial de Medicaid ante el Estado).** El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado:

- trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer.
- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman es el **1-651-431-2660** (área metropolitana de Twin Cities) o **1-800-657-3729** (fuera del área metropolitana de Twin Cities). TTY **711** o use su servicio de retransmisión preferido.

G4. Medicare

Para obtener información directamente de parte de Medicare, llame 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**.

Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) y haga clic en “Buscar planes”.)

Manual Medicare y Usted 2024

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2024**. 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. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf)) 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**.

G5. Asistencia Médica

La oficina de Asistencia Médica de Minnesota es el Departamento de Servicios Humanos. Llame al **1-800-657-3739** (fuera del área metropolitana de Twin Cities) o al **1-651-431-2670** (área metropolitana de Twin Cities). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3429** o al **711**, o usar su servicio de retransmisión preferido.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://www.es.myuhc.com/communityplan).

Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® MN-Y002 (HMO D-SNP)



Llame al **1-844-368-5888**

La llamada es gratuita.

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 (o su servicio de retransmisión preferido)

La llamada es gratuita.

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



Escriba a **P.O. Box 30769**

Salt Lake City, UT 84130-0769



Sitio web **es.myuhc.com/communityplan**

Senior LinkAge Line®, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Minnesota



Llame al **1-800-333-2433**

La llamada es gratuita.

Llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al 711 o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.



Escriba a **Minnesota Board on Aging**

P.O. Box 64976

St. Paul, MN 55164-0976



Sitio web **seniorlinkageline.com**