



Guía para Miembros 2024

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



Número gratuito **1-866-242-7726**, TTY **711**

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo;
de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre



es.myuhc.com/CommunityPlan

United
Healthcare®

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Guía para Miembros

Su Cobertura de Salud y de Medicamentos de Medicare y de Medicaid del Distrito en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan opera el Programa District Dual Choice. El plan UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) proporciona beneficios cubiertos tanto por Medicaid como por Medicare.

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y del Distrito que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicaid reciben ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también reciben cobertura de servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Usted eligió obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare y de Medicaid a través de nuestro plan. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y de Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

UnitedHealthcare Community Plan es un Plan Medicare Advantage especializado (un “Plan para Personas con Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de cuidado de la salud especiales.

Este plan está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

UnitedHealthcare Community Plan es una compañía privada. Este plan está aprobado por Medicare.

También está aprobado por el Distrito para cubrir sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de cuidado de la salud de Medicare y de Medicaid, que incluye su cobertura de medicamentos con receta.

UnitedHealthcare Community Plan apoya las metas del District of Columbia de aumentar el acceso, mejorar los resultados de salud y reducir costos al ofrecer los beneficios de Medicaid a los siguientes miembros conforme al programa:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare por servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona los beneficios completos de Medicaid, para los que usted cumple los requisitos. Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es de 0%.

Introducción a la Guía para Miembros

Esta **Guía para Miembros**, conocida también como **Evidencia de Cobertura**, describe su cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica la cobertura de medicamentos con receta y los servicios para el cuidado de la salud. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de su **Guía para Miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)”, “nuestra(s)” o “nuestro plan” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UHC Dual Choice DC-Q001 (HMO D-SNP).

Este documento está disponible sin costo en español y amárico.

Para obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-877-266-4832**, TTY **711**. Alguien que habla su idioma puede ayudarle. Este servicio es gratuito.



UnitedHealthcare Community Plan no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, envíe una queja a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Debe enviar la queja en un plazo no mayor de 60 días luego de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Recibirá la decisión en un plazo no mayor de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

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

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

Por Internet:

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

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

Por Teléfono:

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

Por Correo:

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

UnitedHealthcare Community Plan puede ofrecer servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo:

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

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

Si necesita cualquier otra ayuda, comuníquese con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud al **1-202-724-7491**.

English

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

Spanish

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

Amharic

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

Vietnamese

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

Korean

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

French

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

Arabic

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

Mandarin

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

Russian

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

Burmese

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

Cantonese

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

Farsi

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

Polish

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

Portuguese

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

Punjabi

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

Haitian Creole

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

Hindi

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

Somali

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

Hmong

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

Italian

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

Tagalog

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

Japanese

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

Evidencia de Cobertura 2024

Guía para Miembros

Capítulo 1	Información básica para el miembro	1-1
	Sección A Bienvenido a nuestro plan	1-3
	Sección B Información sobre Medicare y DC Medicaid	1-3
	Sección C Ventajas de nuestro plan	1-4
	Sección D Área de servicio de nuestro plan	1-4
	Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	1-5
	Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	1-5
	Sección G Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	1-6
	Sección H Sus costos mensuales de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)	1-6
	Sección I Su Guía para Miembros	1-12
	Sección J Otra información importante que le enviamos	1-12
	Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía	1-15
	Sección L Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	1-16
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes	2-1
	Sección A Servicio al Cliente	2-2
	Sección B Su Equipo de Administración del Cuidado de la Salud	2-6
	Sección C Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC	2-7
	Sección D Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	2-8
	Sección E Medicare	2-9
	Sección F DC Medicaid	2-11
	Sección G Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos	2-12
	Sección H La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de DC	2-13

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

	Sección I	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta.....	2-14
	Sección J	Seguro Social	2-16
	Sección K	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	2-17
	Sección L	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador.....	2-18
Capítulo 3	Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos	3-1	
	Sección A	Información sobre servicios y proveedores	3-4
	Sección B	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	3-4
	Sección C	Su equipo de administración del cuidado de la salud	3-6
	Sección D	Cuidado de proveedores	3-7
	Sección E	Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)	3-11
	Sección F	Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias).....	3-12
	Sección G	Servicios de transporte	3-13
	Sección H	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	3-14
	Sección I	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre	3-16
	Sección J	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica	3-17
	Sección K	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud	3-19
	Sección L	Equipo médico duradero (DME)	3-20
Capítulo 4	Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted).....	4-1	
	Sección A	Sus servicios cubiertos y los gastos de su bolsillo.....	4-2
	Sección B	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios	4-7
	Sección C	Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	4-8
	Sección D	La Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	4-10
	Sección E	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	4-78

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

	Sección F	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni DC Medicaid	4-79
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	5-1	
	Sección A	Cómo surtir sus recetas	5-4
	Sección B	La “Lista de Medicamentos” de nuestro plan.....	5-9
	Sección C	Límites en algunos medicamentos	5-11
	Sección D	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....	5-13
	Sección E	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	5-15
	Sección F	Cobertura de medicamentos en casos especiales	5-17
	Sección G	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	5-19
Capítulo 6	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de DC Medicaid	6-1	
	Sección A	La Explicación de Beneficios (EOB)	6-3
	Sección B	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos.....	6-3
	Sección C	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	6-5
	Sección D	Vacunas.....	6-5
Capítulo 7	Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibí por servicios o medicamentos cubiertos	7-1	
	Sección A	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos ..	7-2
	Sección B	Cómo enviarnos una solicitud de pago.....	7-5
	Sección C	Decisiones de cobertura.....	7-6
	Sección D	Apelaciones	7-6
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	8-1	
	Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	8-3

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección B	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	8-4
Sección C	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	8-6
Sección D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	8-15
Sección E	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	8-16
Sección F	Su derecho a dejar nuestro plan	8-16
Sección G	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	8-16
Sección H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	8-18
Sección I	Sus responsabilidades como miembro del plan	8-19

Capítulo 9 Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)..... 9-1

Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud.....	9-4
Sección B	Dónde recibir ayuda.....	9-4
Sección C	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de DC Medicaid en nuestro plan.....	9-5
Sección D	Problemas con sus beneficios	9-6
Sección E	Decisiones de cobertura y apelaciones	9-6
Sección F	Cuidado médico	9-9
Sección G	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.....	9-22
Sección H	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....	9-33
Sección I	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	9-39
Sección J	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	9-44
Sección K	Cómo presentar una queja.....	9-47

Capítulo 10 Cómo terminar su membresía en nuestro plan..... 10-1

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan	10-2
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	10-3
Sección C	Cómo recibir los servicios de Medicare y de DC Medicaid por separado	10-3
Sección D	Sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan.....	10-7
Sección E	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan	10-7
Sección F	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	10-8
Sección G	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	10-8
Sección H	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan.....	10-8
Capítulo 11	Avisos legales	11-1
Sección A	Aviso sobre las leyes.....	11-2
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación	11-2
Sección C	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y DC Medicaid como pagador de último recurso.....	11-2
Sección D	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación.....	11-3
Sección E	Responsabilidad civil del miembro.....	11-4
Sección F	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	11-4
Sección G	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil.....	11-5
Sección H	Motivos de fuerza mayor.....	11-5
Sección I	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes	11-6
Sección J	Evaluación de la tecnología.....	11-6
Sección K	Declaraciones del miembro.....	11-6
Sección L	Información disponible a solicitud	11-7

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección M	Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2024.....	11-7
Sección N	Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red.....	11-8
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	12-1

Exenciones de Responsabilidad

- 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 de Medicaid del Distrito. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y con Medicaid del Distrito.
- La cobertura de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), un plan de salud que coordina todos sus servicios de Medicare y de DC Medicaid, y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Bienvenido a nuestro plan	1-3
Sección B	Información sobre Medicare y DC Medicaid.....	1-3
	Sección B1 Medicare	1-3
	Sección B2 DC Medicaid	1-3
Sección C	Ventajas de nuestro plan	1-4
Sección D	Área de servicio de nuestro plan	1-4
Sección E	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan.....	1-5
Sección F	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	1-5
Sección G	Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado.....	1-6
	Sección G1 Equipo de cuidado de la salud.....	1-6
	Sección G2 Plan de cuidado.....	1-6
Sección H	Sus costos mensuales de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).....	1-6
	Sección H1 Prima del plan.....	1-7
	Sección H2 Prima mensual de la Parte B de Medicare.....	1-9
	Sección H3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D.....	1-9
	Sección H4 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso.....	1-11

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección I	Su Guía para Miembros	1-12
Sección J	Otra información importante que le enviamos.....	1-12
	Sección J1 Su UCard de miembro del plan de UnitedHealthcare.....	1-12
	Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias	1-13
	Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos	1-14
	Sección J4 La Explicación de Beneficios	1-14
Sección K	Cómo mantener actualizado su registro de membresía	1-15
	Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)	1-15
Sección L	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan.....	1-16

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan presta servicios de Medicare y de DC Medicaid a las personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, proveedores de salud del comportamiento, así como otros proveedores. También contamos con coordinadores del cuidado de la salud y equipos de cuidado de la salud para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Sección B Información sobre Medicare y DC Medicaid

Sección B1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- Personas mayores de 65 años,
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B2 DC Medicaid

DC Medicaid es el nombre del programa de Medicaid del District of Columbia (el Distrito).

DC Medicaid es administrado por el Distrito y lo pagan el Distrito y el gobierno federal.

DC Medicaid ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado o el Distrito decide:

- Qué cuenta como ingresos y recursos,
- Quién cumple los requisitos,
- Qué servicios están cubiertos, **y**
- Cuál es el costo de los servicios.

Los estados y el Distrito pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el Distrito aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de DC Medicaid a través de nuestro plan siempre y cuando:

- Elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el Distrito nos permitan seguir ofreciendo este plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, los requisitos que usted debe cumplir para recibir los servicios de Medicare y de DC Medicaid no se verán afectados.

Sección C Ventajas de nuestro plan

Ahora usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por DC Medicaid a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de Medicaid funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede consultarnos por la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Cuenta con un equipo de cuidado de la salud que usted ayuda a formar. Su equipo de cuidado de la salud puede incluirles a usted, su cuidador, médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud.
- Usted tiene acceso a un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona colaborará con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a elaborar un plan de cuidado.
- Usted puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado de la salud y de su coordinador del cuidado de la salud.
- Su equipo de cuidado de la salud y el coordinador del cuidado de la salud colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado de la salud ayuda a coordinar los servicios que usted necesite. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado de la salud se asegura de que:
 - Sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para poder verificar que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario que puedan causarle.
 - Los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores, según corresponda.

Sección D Área de servicio de nuestro plan

Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan. Para seguir siendo miembro de este plan, usted debe vivir en el District of Columbia.

No puede seguir en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el **Capítulo 8** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con el número de Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, para saber si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo sitio.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal.

Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- Tenga la Parte A y la Parte B de Medicare, **y**
- Sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- Actualmente cumpla los requisitos de DC Medicaid, **y**
- Sea mayor de 21 años.

Si deja de cumplir los requisitos, pero se puede esperar que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de 6 meses, sigue cumpliendo los requisitos de nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA) en un plazo no mayor de 90 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos realizarle una evaluación de riesgos para la salud, que es la base para desarrollar su plan de cuidado. La evaluación de riesgos para la salud incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para realizar esta evaluación. Podemos realizarla durante una visita en persona o una llamada telefónica, o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta evaluación de riesgos para la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección G Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado

Sección G1 Equipo de cuidado de la salud

Un equipo de cuidado de la salud puede ayudarle a seguir recibiendo el cuidado que usted necesite. Un equipo de cuidado de la salud puede incluir a su médico, un coordinador del cuidado de la salud u otro profesional de salud que usted elija.

Un coordinador del cuidado de la salud es una persona capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que usted necesite. Cuando usted se inscribe en nuestro plan, se le asigna un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona también le refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan no puede proporcionarle y colaborará con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que se encuentran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador y equipo de cuidado de la salud.

Sección G2 Plan de cuidado

Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos, tales como sus servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo, entre otros.

Su plan de cuidado incluye:

- Sus metas de cuidado de la salud, **y**
- Un plazo para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado de la salud se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud. Le pregunta por los servicios que usted necesita y también le explica los servicios que sería conveniente que considere recibir. Su plan de cuidado se elabora según sus necesidades y metas. Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para actualizar su plan de cuidado al menos cada año.

Sección H Sus costos mensuales de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección H1)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (Sección H2)
- Multa por Inscripción Tardía en la Parte D (Sección H3)

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Sección H4)

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. La **Sección H2** del **Capítulo 2** contiene más información sobre este programa. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si **ya está inscrito** y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Guía para Miembros no se aplique en su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” [Low Income Subsidy, LIS] o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídale.

Sección H1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan, a menos que califique para el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Es posible que no pague una prima mensual del plan (la prima del plan de medicamentos con receta) si califica para el programa “Ayuda Adicional”. Los beneficiarios de Medicare y Medicaid califican automáticamente para el programa “Ayuda Adicional”.

Como miembro de su plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) es de \$41.30.

Hay cuatro maneras de pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Le enviaremos una factura mensual por las primas mensuales del plan. Realice su pago a la orden de UnitedHealthcare. Consulte la dirección postal y otra información en su factura. Incluya su número de ID de miembro en su cheque o giro postal. Si realiza un pago para más de un miembro, incluya un comprobante de pago por cada miembro. Incluya el número de ID de miembro de cada miembro en el cheque o giro postal. Todos los pagos se deben recibir a más tardar en la fecha de vencimiento que aparece en la factura mensual. Si necesita que se reemplace su factura mensual, llame a Servicio al Cliente.

Opción 2: Transferencia Electrónica de Fondos

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que la prima mensual del plan se deduzca automáticamente de su cuenta de cheques. Su pago mensual se deducirá alrededor del 5.º día de cada mes. Si desea pagar mediante Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT), puede seguir las instrucciones que aparecen en su factura mensual o llamar a Servicio al Cliente.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Opción 3: Pagar con tarjeta de crédito

En lugar de pagar con cheque, puede pagar la prima mensual del plan con su tarjeta de crédito. Si desea pagar mediante tarjeta de crédito la prima mensual del plan, llame a Servicio al Cliente.

Opción 4: Hacer que la prima de su plan se deduzca de su cheque mensual del Seguro Social Cómo cambiar la manera en que paga la prima.

Si usted decide cambiar la manera en que paga la prima, su nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras estemos procesando su solicitud de cambio de método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague puntualmente. Comuníquese con Servicio al Cliente para indicarnos el método de pago de la prima que prefiere o si desea cambiar su método actual. (Puede encontrar nuestro número de teléfono en la portada de esta guía.)

Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

El pago de la prima de su plan se debe recibir en nuestras oficinas el primer día del mes. Si no recibimos su pago a más tardar el primer día del mes, le enviaremos un aviso de morosidad. Además, tenemos derecho a iniciar acciones para la cobranza de estas primas que usted adeude.

Si tiene problemas para pagar la prima puntualmente, comuníquese con Servicio al Cliente para determinar si podemos referirle a programas que le ayuden a pagar sus costos.

Si terminamos su membresía debido a que usted no pagó la prima de su plan, tendrá cobertura de salud a través de Medicare Original. Seguirá teniendo cobertura de medicamentos de la Parte D mientras reciba el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Medicare le inscribirá en un nuevo plan de medicamentos con receta para su cobertura de la Parte D.

En el momento en que terminemos su membresía, es posible que usted aún nos adeude primas que no haya pagado. Tenemos derecho a iniciar acciones para la cobranza de las primas que usted adeude. Si solicita la inscripción en uno de nuestros planes y tiene primas pendientes en un plan nuestro actual o anterior, tenemos derecho a solicitar el pago de cualquier prima que adeude antes de permitirle que se inscriba.

Si usted piensa que terminamos su membresía injustamente, puede presentar una queja (también llamada queja formal); consulte el **Capítulo 9** para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si tuvo una situación de emergencia fuera de su control que le impidió pagar las primas dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. El **Capítulo 9** de este documento indica cómo presentar una queja, o bien, usted puede llamarnos al **1-866-242-7726**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**. Debe presentar su solicitud en un plazo no mayor de 60 días después de la fecha en que termine su membresía.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No se nos permite cambiar lo que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambiará para el próximo año, se lo comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos la parte de la prima que usted tiene que pagar puede cambiar durante el año. Esto ocurre si usted comienza a cumplir los requisitos del programa “Ayuda Adicional” o si deja de cumplirlos durante el año. Si un miembro califica para el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta, este programa pagará el total o una parte de la prima mensual del plan del miembro. Si Medicare paga solamente una parte de esta prima, le facturaremos lo que Medicare no cubre. Si un miembro deja de cumplir los requisitos durante el año, tendrá que comenzar a pagar la prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en el **Capítulo 2**.

Sección H2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó anteriormente en la Sección E, para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe mantener su categoría de participación en Medicaid, además de tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A (si no califican para ella automáticamente) y de la Parte B de Medicare.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B de Medicare. También puede incluir una prima de la Parte A de Medicare que afecta a los miembros que no cumplen los requisitos para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud e infórmeles este cambio.**

Sección H3 Multa por Inscripción Tardía en la Parte D

Dado que usted tiene elegibilidad doble, no se aplica la multa por inscripción tardía (late enrollment penalty, LEP) mientras mantenga su estatus de elegibilidad doble, pero, si pierde el estatus, podría incurrir en dicha multa. Algunos miembros están obligados a pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que haya terminado su período de inscripción inicial, transcurren 63 días consecutivos o más durante los que usted no tuvo cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. “Cobertura de medicamentos con receta acreditable” es la

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

cobertura que cumple las normas mínimas de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que usted estuvo sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable. Usted tendrá que pagar esta multa durante todo el tiempo que tenga la cobertura de la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, le informaremos la cantidad de la multa.

Usted no tendrá que pagarla si:

- Recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha estado menos de 63 días consecutivos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de los Veteranos. Su compañía de seguros o su Departamento de Recursos Humanos le indicarán cada año si su cobertura de medicamentos es cobertura acreditable. Es posible que esta información se le envíe por carta o se incluya en un boletín informativo del plan. Guarde esta información, porque podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Todo aviso debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos con receta “acreditable” que se espera que pague tanto como el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.
 - **Nota:** Lo siguiente no es cobertura de medicamentos con receta acreditable: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina la cantidad de la multa.

Funciona de la siguiente manera:

- Si usted estuvo 63 días o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable después de que comenzó a cumplir los requisitos por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará el número de meses completos durante los cuales usted no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que usted no haya tenido cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para el año 2023, la prima promedio es de \$32.74.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería 14% por \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Esta cantidad se agregaría a la prima mensual de una persona que tiene una multa por inscripción tardía en la Parte D.

Hay tres cosas importantes para tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, aunque usted cambie de plan.
- Tercero, si usted es menor de 65 años y actualmente está recibiendo los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses en que usted no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial en Medicare debido a la edad.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Generalmente, usted debe solicitar esta revisión en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha de la primera carta que reciba para indicarle que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección H4 Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula a partir de sus ingresos brutos ajustados y modificados según lo informado en su declaración de impuestos de hace 2 años ante el Servicio de Impuestos Internos. Si esta cantidad es superior a una cierta cantidad, usted pagará la prima estándar y el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso adicional. Para obtener más información sobre la cantidad adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que le indicará cuál será esa cantidad adicional. La cantidad adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Retiro Ferroviario o de la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo usted suela pagar la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir la cantidad adicional adeudada. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir la cantidad adicional, recibirá una factura de Medicare. Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga la cantidad adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Si no está de acuerdo con el pago de una cantidad adicional, puede pedir al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**).

Sección I Su Guía para Miembros

Su **Guía para Miembros** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Para pedir una **Guía para Miembros**, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar la **Guía para Miembros** que está en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra al final de la página.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Sección J Otra información importante que le enviamos

Otra información importante que le proporcionamos incluye su UCard® de miembro, información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, e información sobre cómo acceder a una **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como **Formulario**.

Sección J1 Su UCard de miembro del plan de UnitedHealthcare

En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y de DC Medicaid, incluidos los Apoyos y Servicios a Largo Plazo, ciertos servicios para la salud del comportamiento y medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Su UCard® de miembro de UnitedHealthcare se puede usar para comprar alimentos saludables y artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), y para pagar sus servicios públicos. Esta es una UCard de miembro de muestra:

 John Smith Member ID 123456789-00 RxBIN RxPCN RxGRP 123456 1234 LNM Group Number: 12345 H0000-000-000 PCP: Dr. Sample A Sample, MD PCP: 999-999-9999 Copay: PCP \$XX Specialist \$XX 	 Printed: 01-01-20XX Rewards  Card #: 99999 9999 9999 9999 Security Code: 9999 For Members: myuhcmedicare.com 1-888-888-8888, TTY 711 Providers: uhcprovider.com 1-888-888-8888 Provider Authorization: 1-888-888-8888 Payer ID: 12345 Dental Providers: uhcdental.com 1-888-888-8888 Med Claims: P.O. Box 12345, Anytown, XX 12345 Rx Claims: P.O. Box 12345, Anytown, XX 12345 For Pharmacists: 1-888-888-8888 
---	--

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si su UCard de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de DC Medicaid para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su UCard de miembro, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros** para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Su UCard de miembro se puede usar para comprar alimentos saludables y artículos de venta sin receta (OTC), y para pagar sus servicios públicos. Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red. Los beneficios de alimentos, productos de venta sin receta y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su **Guía para Miembros**.

Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de nuestro plan. Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (una copia impresa o en formato electrónico), puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Las copias impresas del Directorio de Proveedores y Farmacias que usted solicite se le enviarán por correo en un plazo no mayor de tres días hábiles. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en la dirección web que se encuentra al final de la página.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - Médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - Apoyos y Servicios a Largo Plazo, servicios para la salud del comportamiento, agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de Medicaid.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Los proveedores de la red han convenido aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que han convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar sus medicamentos.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tanto Servicio al Cliente como nuestro sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

La “Lista de Medicamentos” también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Cada año, le enviamos la “Lista de Medicamentos”, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.

Sección J4 La Explicación de Beneficios

Cuando usted usa sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayuda a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. Esta Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted puede hablar con el profesional que le receta sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros** ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Usted también puede pedir una Explicación de Beneficios. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avísenos cuando cambie su información. Necesitamos esta información para asegurarnos de que nuestros registros tengan datos correctos. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios recibe usted, y cuánto le cuestan.**

Avísenos lo siguiente de inmediato:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono;
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales;
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito;
- Admisión en un centro de enfermería o un hospital;
- Cuidado en un hospital o una sala de emergencias;
- Cambios de cuidador (u otro responsable de usted); **y**
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que esté participando o comience a participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Los residentes del Distrito pueden mantener su información actualizada con DC Medicaid por Internet en **districtdirect.dc.gov** o a través del Centro de Llamadas de Beneficios Públicos al **1-202-727-5355**.

Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal. Para obtener más información detallada sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el **Capítulo 8** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección L Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare nos exige que recopilemos información suya sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted tenga. Esto es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que usted tenga con sus beneficios de nuestro plan. Esto se llama coordinación de los beneficios.

Una vez al año, le enviaremos una carta que indique cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que hacer nada. Si es incorrecta o si usted tiene otra cobertura que no se haya indicado, llame a Servicio al Cliente. Es posible que tenga que dar su número de ID de miembro del plan a sus otras compañías de seguros (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correcta y puntualmente.

Si usted tiene otro seguro (como una cobertura de salud de grupo del empleador), hay reglas establecidas por Medicare para determinar si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo, llamado “pagador secundario”, solamente paga si hay costos que la cobertura primaria no cubrió. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos que no han sido cubiertos. Si usted tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia. Las siguientes reglas se aplican a la cobertura de planes de salud de grupo de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de un familiar, se determina quién paga primero según su edad, el número de empleados de su empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si es menor de 65 años y es discapacitado, y usted o su familiar aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge aún trabajan, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si hay al menos un empleador en un plan de varios empleadores que tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a que tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted comience a cumplir los requisitos de Medicare.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Por lo general, los siguientes tipos de cobertura pagan primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro Sin Culpa (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro de Responsabilidad Civil (incluso el Seguro de Automóvil)
- Seguro por Neumoconiosis del Minero (pulmón negro)
- Seguro de Accidentes Laborales

DC Medicaid y TRICARE nunca pagan primero los servicios cubiertos por Medicare. Solo pagan después de que hayan pagado Medicare o los planes de salud de grupo de empleadores.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud y otras personas para que le defiendan en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Servicio al Cliente	2-2
Sección B	Su Equipo de Administración del Cuidado de la Salud.....	2-6
Sección C	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC	2-7
Sección D	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	2-8
Sección E	Medicare.....	2-9
Sección F	DC Medicaid	2-11
Sección G	Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos	2-12
Sección H	La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de DC	2-13
Sección I	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta.....	2-14
	Sección I1 Programa Ayuda Adicional.....	2-14
	Sección I2 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)	2-15
Sección J	Seguro Social.....	2-16
Sección K	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	2-17
Sección L	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador.....	2-18

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Servicio al Cliente

Método	Información de contacto
Llame al	1-866-242-7726 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	United Healthcare Attention: Enrollee Services Department P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	es.myuhc.com/CommunityPlan

Comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y sus servicios cubiertos
 - Lo que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** o comuníquese con Servicio al Cliente. Apelaciones sobre la Tabla de Cuidado de la Salud.

Método	Apelaciones relacionadas con el cuidado médico – Información de contacto
Llame al	1-866-242-7726 Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
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 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	United Healthcare Appeal and Grievance Department Attn: Complaint and Appeals Department P.O. Box 6106, MS CA 124-0187 Cypress, CA 90630-0016
Fax	Para proceso estándar 1-888-517-7113 Para proceso rápido 1-866-373-1081

- Quejas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. Usted también puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al **1-866-242-7726**, TTY **711**.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - También puede informar a DC Medicaid sobre su queja; para ello, comuníquese con

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

el Servicio de Apoyo de Dual Choice al **1-202-442-9533**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y sus medicamentos cubiertos o
 - Lo que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare y a sus medicamentos con y sin receta de DC Medicaid.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**. Apelaciones sobre sus Medicamentos con Receta.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta – Información de contacto
<p>Llame al</p>	<p>1-866-242-7726</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre</p> <p>Para proceso rápido</p> <p>1-855-409-7041</p>
<p>TTY</p>	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre</p>
<p>Escriba a</p>	<p>United Healthcare Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA 124-0197 Cypress, CA 90630-0016</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta – Información de contacto
Fax	Para proceso estándar 1-866-308-6294 Para proceso rápido 1-866-308-6296

- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección B Su Equipo de Administración del Cuidado de la Salud

Método	Información de contacto
Llame al	1-866-242-7726 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre
Fax	1-888-950-1169
Escriba a	United Healthcare Attention: Enrollee Services Department P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	myuhc.com/CommunityPlan

Comuníquese con su equipo de administración del cuidado de la salud para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
- Preguntas sobre cómo recibir servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre transporte

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección C Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. En el Distrito, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC.

No tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Información de contacto
Llame al	1-202-727-8370 De lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m.
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Department of Aging and Community Living 250 E Street SW Washington, DC 20024
Correo electrónico	dacl@dc.gov
Sitio web	dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
 - Comprender sus derechos,
 - Comprender sus opciones de planes,
 - Presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud, **y**
 - Resolver problemas con sus facturas.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección D Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

El Distrito tiene una organización llamada Livanta BFCC-QIO. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan.

Método	Información de contacto
Llame al	1-888-396-4646 De lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.; los fines de semana y días festivos, de 11 a.m. a 3 p.m.
TTY	1-888-985-2660 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, STE 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	livantaqio.com/es

Comuníquese con Livanta BFCC-QIO para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- Cómo presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - Tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - Cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto, o
 - Piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección E Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Método	Información de contacto
<p>Sitio web</p>	<p>es.medicare.gov</p> <p>Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre sus requisitos de participación y opciones de inscripción en Medicare mediante las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herramienta para Determinar si Cumple los Requisitos de Medicare: Proporciona información sobre si usted cumple los requisitos de Medicare. • Buscador de Planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (Seguro Complementario de Medicare) disponibles en el área donde usted vive. <p>Estas herramientas ofrecen un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que podría tener en diferentes planes de Medicare.</p> <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga con respecto a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informe a Medicare sobre su queja: Usted puede presentar una queja sobre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p>Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.</p>

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección F DC Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del Distrito que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también cumplen los requisitos de Medicaid. Algunas personas cumplen los requisitos de Medicaid, pero no de Medicare. En el District of Columbia, es posible que Medicaid pague servicios domésticos, para el cuidado personal y de otro tipo que no cubre Medicare. Medicaid también tiene programas que pueden ayudar a pagar las primas de Medicare y otros costos si usted cumple los requisitos de Medicare y califica. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, comuníquese con el Servicio de Apoyo de Dual Choice al **1-202-442-9533**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.

DC Medicaid ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a DC Medicaid.

Método	Información de contacto
Llame al	1-202-442-9533 De 8:30 a.m. a 4 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	DC Department of Health Care Finance 441 4th ST NW, 900S Washington, DC 20001
Correo electrónico	DualChoice@dc.gov
Sitio web	dhcf.dc.gov/

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección G Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. La Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos también le ayuda 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.

Método	Información de contacto
Llame al	1-202-724-7491 De 9 a.m. a 4:45 p.m., hora local, de lunes a viernes
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Office of the Health Care Ombudsman and Bill of Rights Department of Health Care Finance 441 4th Street, NW, Suite 250 North Washington, DC 20001
Correo electrónico	healthcareombudsman@dc.gov
Sitio web	healthcareombudsman.dc.gov

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección H La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de DC

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de DC ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de DC no tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Información de contacto
Llame al	1-202-434-2190 Las llamadas se responden en un plazo no mayor de 24 horas o al día hábil siguiente
Escriba a	DC LTC Ombudsman Program AARP Legal Counsel for the Elderly 601 E Street, NW Washington, DC 20049
Correo electrónico	DCOmbuds@aarp.org
Sitio web	aarp.org/legal-counsel-for-elderly/what-we-do/info-2017/dc-longterm-care-ombudsman

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección I Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta

El sitio web **es.Medicare.gov** (**es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs**) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, según se describe a continuación.

Sección I1 Programa Ayuda Adicional

Dado que cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. No necesita hacer nada para recibir este programa “Ayuda Adicional”.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov

Si usted cree que está pagando un costo compartido incorrecto cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que le permite a usted solicitar ayuda para obtener un comprobante de su nivel de copago correcto o, si ya tiene el comprobante, proporcionárnoslo.

- Envíe la información por fax al **1-501-262-7070** o por correo a P.O. Box 29300, Hot Springs, AR 71903-9300.
- Cuando recibamos el comprobante que indique su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que se le cobre el copago correcto al obtener su próximo medicamento con receta. Si paga más de lo que debería de copago, le haremos un reembolso. Le enviaremos un cheque o deduciremos la cantidad de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y lo procesa como deuda suya, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el Distrito pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al Distrito. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección I2 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos de dicho programa y que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta. Para obtener información sobre cómo inscribirse en el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de DC y una lista de los medicamentos disponibles a través del programa, visite **dchealth.dc.gov/DC-ADAP**. **Nota:** Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida del Distrito, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el Distrito, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el Distrito y de ser personas no aseguradas o subaseguradas. Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **1-202-671-4815**, TTY **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección J Seguro Social

El Seguro Social determina el cumplimiento de los requisitos y administra las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que son mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) y reúnen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informarles.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	ssa.gov/espanol/

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección K Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 a.m. a 12 p.m., los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	rrb.gov

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección L Seguro de grupo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)** si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta actual con nuestro plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le explica sobre su coordinador del cuidado de la salud, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer si le facturan directamente servicios que cubrimos y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Información sobre servicios y proveedores	3-4
Sección B	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	3-4
Sección C	Su equipo de administración del cuidado de la salud	3-6
	Sección C1 Qué es un navegador del cuidado de la salud	3-6
	Sección C2 Cómo puede comunicarse con su navegador del cuidado de la salud.....	3-7
	Sección C3 Cómo puede comunicarse con su navegador del cuidado de la salud.....	3-7
Sección D	Cuidado de proveedores	3-7
	Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP).....	3-7
	Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red.....	3-9
	Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan.....	3-10
	Sección D4 Proveedores fuera de la red	3-11
Sección E	Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)	3-11

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección F	Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	3-12
Sección G	Servicios de transporte	3-13
Sección H	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	3-14
	Sección H1 Cuidado en una emergencia médica.....	3-14
	Sección H2 Cuidado requerido de urgencia	3-15
	Sección H3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe	3-16
Sección I	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre.....	3-16
	Sección I1 Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios.....	3-17
Sección J	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica	3-17
	Sección J1 Definición de un estudio de investigación clínica.....	3-17
	Sección J2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	3-18
	Sección J3 Más información sobre estudios de investigación clínica	3-18
Sección K	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud.....	3-19
	Sección K1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud.....	3-19
	Sección K2 Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.....	3-19
Sección L	Equipo médico duradero (DME)	3-20
	Sección L1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan	3-20

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección L2	Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original	3-20
Sección L3	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	3-21
Sección L4	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)	3-21

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Información sobre servicios y proveedores

Servicios son cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), suministros, servicios para la salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios.

Servicios cubiertos son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. Los servicios para el cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo cubiertos se indican en el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**. Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, servicios para la salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores han convenido aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usa un proveedor de la red, por lo general usted solamente paga su parte del costo por los servicios cubiertos.

Sección B Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y DC Medicaid. Esto incluye los servicios para la salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Nuestro plan generalmente paga los servicios para el cuidado de la salud, servicios para la salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo que usted recibe cuando cumple nuestras reglas. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Cuando decimos médicamente necesario, nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- Para recibir servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** de la red que le indique el cuidado o le diga que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

-
- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación para que usted pueda usar un proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Para obtener más información sobre las referencias, consulte la página **12-14**.
 - No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información, consulte la Sección D1 de este capítulo).
 - **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Habitualmente, no cubriremos el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección H de este capítulo).
 - Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. No necesita obtener una referencia ni una preautorización cuando recibe cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, sería conveniente que pida una decisión de cobertura antes de su visita para confirmar que los servicios que recibirá estén cubiertos y sean médicamente necesarios. Esto es importante porque, sin una decisión de cobertura antes de su visita, si más adelante determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran médicamente necesarios, es posible que deneguemos la cobertura y usted será responsable del costo total. Si le informamos que no cubriremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión de no cubrir su cuidado. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación. En esta situación, cubrimos el cuidado como si usted lo hubiera recibido de un proveedor de la red.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. El costo compartido que usted paga por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está a su disposición temporalmente y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Usted puede consultar a un proveedor de planificación familiar de su elección, aunque dicho proveedor esté fuera de la red. No se requiere una preautorización.
- Cubrimos los servicios para la posestabilización si usted tiene una condición médica de emergencia, independientemente de que el proveedor esté dentro o fuera de la red.

Sección C Su equipo de administración del cuidado de la salud

El equipo de administración del cuidado de la salud está integrado por personas que le ayudan a usted (el miembro) a usar sus beneficios para recibir el cuidado y los servicios que necesite. Esto incluye ayudarle a recibir beneficios adicionales a través de su plan de salud que tal vez usted no haya podido recibir antes de inscribirse en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). El navegador del cuidado de la salud colaborará con usted para asegurarse de que su plan de salud sepa lo que necesita y cómo desea recibir sus servicios, y le ayudará con las preguntas que tenga sobre cómo recibir cuidado. Su navegador del cuidado de la salud también puede ayudarle a conectarse con recursos comunitarios. En colaboración con usted y su equipo de cuidado de la salud, su navegador del cuidado de la salud le ayudará a crear un Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) que se actualizará si sus necesidades y preferencias cambian con el tiempo.

Sección C1 Qué es un navegador del cuidado de la salud

Los navegadores realizan y atienden llamadas de apoyo a nuestros miembros. Los navegadores ofrecen apoyo personalizado a los miembros de varias maneras:

- Un único punto de contacto para que los miembros reciban ayuda.
- Un aliado conocido y confiable para los miembros.
- Ayuda para tratar y resolver las preguntas de los miembros sobre cuidado de la salud y servicio al cliente.
- Apoyo para los cuidadores de los miembros, de manera que sean una parte fundamental de la experiencia de los miembros, lo que incluye responder preguntas y abogar por el cuidado y el apoyo social.
- Una experiencia personalizada que puede incluir:
 - Coordinar el cuidado de la salud.
 - Resolver problemas con reclamos.
 - Proporcionar apoyo para apelaciones y quejas formales.
 - Satisfacer las necesidades de apoyo social (p. ej., transporte, vivienda).

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Explicar los recursos y beneficios disponibles.
- Ayudar con los Factores Determinantes Sociales de Salud (Social Determinants of Health, SDOH).
- Ayudar a buscar proveedores y a programar citas.
- Promover y programar visitas de bienestar a proveedores de cuidado primario.

Sección C2 Cómo puede comunicarse con su navegador del cuidado de la salud

Si desea hablar con un Navegador del Cuidado de la Salud, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Sección C3 Cómo puede comunicarse con su navegador del cuidado de la salud

Puede solicitar el cambio de su Navegador del Cuidado de la Salud si no es adecuado para usted. Si necesita más información o ayuda para elegir un nuevo Navegador del Cuidado de la Salud, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Sección D Cuidado de proveedores

Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario para que proporcione y administre su cuidado.

Definición de proveedor de cuidado primario y lo que hace este proveedor por usted

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico de la red que usted elige para prestar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario?

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Medicina General.

¿Cuál es el rol de mi proveedor de cuidado primario?

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud. También es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Es importante que entable y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

Es importante que llame primero a su proveedor de cuidado primario cuando necesite cuidado. Si usted tenía un proveedor de cuidado primario antes de inscribirse en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**. Podemos ayudarle a seguir atendiéndose con ese proveedor de cuidado primario si usted lo desea.

Su elección de proveedor de cuidado primario

Cómo elegir a su proveedor de cuidado primario

1. Elija un proveedor de cuidado primario en el momento en que se inscriba en el programa Community Plan con UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Esta persona será su proveedor de cuidado primario mientras usted esté inscrito en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).
 - Si su proveedor de cuidado primario actual es un Proveedor dentro de la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), usted puede seguir atendiéndose con ese médico
 - Si no tiene un proveedor de cuidado primario, puede elegir uno de una lista de médicos en nuestro Directorio de Proveedores o en **connect.werally.com/state-plan-selection/uhc.medicaid/state?locale=es-US**
 - Llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, si necesita ayuda para elegir un médico
 - Si no elige un proveedor de cuidado primario en los primeros 10 días de estar en nuestro plan, elegiremos un médico por usted. Si no le gusta el proveedor de cuidado primario que elegimos por usted, puede cambiarle. Llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, para cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) le enviará una UCard. El nombre y el número de teléfono de su proveedor de cuidado primario se incluirán en la carta que se le enviará por correo.
2. Su proveedor de cuidado primario puede ser uno de los siguientes:
 - Médico de Medicina General y Familiar — Generalmente, puede atender a toda la familia
 - Médico de Medicina Interna — Generalmente, solo atiende a adultos
 - Obstetra o Ginecólogo (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN) — Se especializa en la salud de la mujer y el cuidado de maternidad
 - Si usted tiene necesidades especiales de cuidado de la salud, puede elegir un especialista para que sea su proveedor de cuidado primario

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

3. Cuando elija a su proveedor de cuidado primario:

- Trate de elegir un médico que pueda enviarle al hospital que usted desea. No todos los médicos pueden enviar pacientes a todos los hospitales. Nuestro directorio de proveedores indica los hospitales a los que puede enviarle un proveedor de cuidado primario. Usted también puede llamar a Servicio al Cliente para pedir ayuda.
- A veces, el proveedor de cuidado primario que elija no podrá aceptar nuevos pacientes. Si usted tiene que elegir un médico diferente, le avisaremos.

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Si su proveedor de cuidado primario deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar uno nuevo dentro de nuestra red.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o hágalo por Internet. Si el proveedor de cuidado primario está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva UCard de miembro que incluirá este cambio.

Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas, tales como:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Si usted usa un proveedor fuera de la red, su parte de los costos por sus servicios cubiertos será la que se indica en la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**, bajo “Fuera de la Red”. Usted paga el costo compartido fuera de la red, aunque haya recibido una referencia para los servicios o aunque nos haya solicitado una decisión de cobertura antes de su visita. Sin embargo, en el caso de que no haya a su disposición ningún proveedor de la red contratado, puede pedir acceder al cuidado de un proveedor fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Llame a Servicio al Cliente para informarnos si necesita consultar a un proveedor fuera de la red o para recibir ayuda para buscar un proveedor dentro de la red. (Los números de teléfono de Servicio al Cliente aparecen en la portada de este documento.)

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades frecuentes de cuidado de la salud, es posible que en algún momento considere que

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

usted necesita consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de salud del comportamiento o de servicios de salud mental de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para su condición médica, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario.

Consulte el **Directorio de Proveedores**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición a través de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores** en Internet en el sitio web que se indica en el **Capítulo 2** de este documento.

Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted use deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen si son médicamente necesarios, y colaboramos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

para satisfacer sus necesidades médicas.

- Algunos servicios requieren la preautorización del plan para tener cobertura. El proveedor de cuidado primario o el proveedor tratante tienen la responsabilidad de obtener dicha preautorización. Los servicios y artículos que requieren una preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4**.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado. Para recibir ayuda, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Sección D4 Proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de tratarle, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si usted usa un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios cubiertos sea mayor.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o DC Medicaid.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en DC Medicaid.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.

Sección E Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Es posible que usted cumpla los requisitos para recibir apoyos y servicios para el cuidado a largo plazo (LTSS). Esto incluye el cuidado en un centro de enfermería o en su propio domicilio. Estos servicios requieren la preautorización de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) y es posible que usted tenga que cumplir ciertos requisitos.

Su Administrador del Cuidado de la Salud de Apoyos y Servicios a Largo Plazo puede ayudarle a:

-
- ?** **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Recibir servicios cubiertos, incluido cuidado a largo plazo
- Organizar y proporcionar cuidado para los miembros en sus domicilios a través de exámenes clínicos, administración del cuidado de la salud completo y de emergencia, y coordinación del cuidado de transición después de una estadía como paciente hospitalizado en que recibieron cuidado para casos agudos
- Proporcionar un enfoque integrado a la administración de todos los beneficios de los miembros, incluidos los Apoyos y Servicios a Largo Plazo
- Desarrollar y autorizar planes de servicios para los miembros, y coordinar los Servicios a Domicilio y en la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS)
- Programar pruebas y citas médicas
- Programar transporte
- Encontrar maneras de asegurarse de que usted reciba el servicio adecuado
- Encontrar recursos para ayudarle con las necesidades especiales de cuidado de la salud o ayudar a sus cuidadores a manejar el estrés cotidiano
- Conectarse con servicios comunitarios y sociales
- Hacer un seguimiento de los resultados clínicos
- Reunirse con proveedores de cuidado de la salud para revisar las carencias en el cuidado de los pacientes
- Hacer la transición a otro cuidado cuando terminen sus beneficios o si usted elige pasarse a otro tipo de cobertura de cuidado de la salud

Sección F Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

El cuidado de la salud mental le ayuda cuando usted se siente deprimido o ansioso. Para acceder directamente a sus beneficios de salud mental o del comportamiento, llame al número de salud del comportamiento que se encuentra en la parte de atrás de su Tarjeta de ID de Miembro, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando llame, hablará con un representante que verificará si usted cumple los requisitos y reunirá información básica sobre usted y su situación. Según lo que usted sienta, el representante evaluará qué proveedor y tratamiento serían adecuados para su situación. Usted también puede pedirle a su proveedor de cuidado primario que llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su Tarjeta de ID de Miembro y coordine una referencia en nombre de usted. Además, puede llamar para recibir información sobre los profesionales médicos dentro de la red, el cuidado subespecializado y cómo obtener cuidado después del horario de atención normal. Se mantiene la confidencialidad, por lo que puede tener la certeza de que la información personal sobre la que hable con el personal se

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

mantendrá estrictamente confidencial.

Si usted o un familiar necesita ayuda, llame

- A la Línea Directa del Departamento de Salud del Comportamiento de DC al **1-888-793-4357**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- Al **911** para pedir ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano

Cómo acceder a su beneficio de salud mental/del comportamiento

Para acceder directamente a sus beneficios de salud mental o del comportamiento, llame al número de salud del comportamiento al **1-866-242-7726**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando llame, hablará con un representante que verificará si usted cumple los requisitos y reunirá información básica sobre usted y su situación. Según la ayuda que necesite, es posible que luego un profesional clínico hable con usted sobre el problema que tiene y evalúe qué proveedor y tratamiento serían adecuados para su situación.

Usted también puede pedirle a su proveedor de cuidado primario que llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su UCard de miembro y coordine una referencia en nombre de usted. Además, puede llamar para recibir información sobre los profesionales médicos dentro de la red, el cuidado subespecializado y cómo obtener cuidado después del horario de atención normal. Se mantiene la confidencialidad, por lo que puede tener la certeza de que la información personal sobre la que hable con el personal se mantendrá estrictamente confidencial.

Servicios para problemas de alcohol o de otras drogas

Los problemas con el alcohol u otras drogas son peligrosos para su salud y para la salud de las personas que le rodean. Es importante consultar al médico si necesita ayuda con estos problemas. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) le ayudará a organizar los servicios de desintoxicación y a coordinar el cuidado de la salud para ayudarlo a recibir otros servicios. Para recibir servicios para estos problemas, usted puede:

- Llamar a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**
- Llamar directamente al Centro de Evaluación y Referencia (Assessment and Referral Center, ARC) del Departamento de Salud del Comportamiento (Department of Behavioral Health, DBH) al **1-202-727-8473**

Todos los servicios de salud mental y del abuso de alcohol y de drogas son confidenciales.

Sección G Servicios de transporte

Usted tiene acceso a transporte de emergencia y que no es de emergencia. Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. Los servicios de ambulancia terrestre o aérea que pueda necesitar en caso de emergencia médica están cubiertos. En determinadas circunstancias, también es posible que cubramos el transporte médico que no es de

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

emergencia si tiene una indicación por escrito de su médico que indique que el transporte es médicamente necesario. Por ejemplo, una persona con Enfermedad Renal en Etapa Terminal podría necesitar transporte en ambulancia médicamente necesario a un centro de diálisis renal. El transporte que no es de emergencia se coordina a través de Servicio al Cliente del transporte SafeRide. Los servicios cubiertos de transporte que no es de emergencia incluyen vehículos de asistencia móvil (mobile assistance vehicles, MAV); servicios de ambulancia con soporte vital básico (basic life support, BLS) (con camilla) en situaciones que no son de emergencia; y servicios de transporte público (como los boletos o pases de autobús y de tren, o los servicios de automóviles y el reembolso del costo del millaje). También puede pedirles a su proveedor de cuidado primario o a su Navegador del Cuidado de la Salud que le ayuden a coordinar este servicio. Llámenos al número gratuito **1-866-242-7726**, TTY **711**, para que le ayudemos a coordinar el transporte. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Sección H Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe

Sección H1 Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- Un riesgo grave para su salud o la de su feto; o
- Un daño grave en las funciones corporales; o
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario usar un proveedor de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando sea razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su cuidado.

Una vez que el médico dice que no era una emergencia, cubrimos su cuidado adicional solamente si:

- Usted usa un proveedor de la red **o**
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirlo. Consulte la próxima sección.

Sección H2 Cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de una condición existente o un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana, y necesitar tratamiento.

Cuidado requerido de urgencia dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- Usted recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, cubrimos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Cuidado requerido de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

Sección H3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su distrito, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe declarada, visite nuestro sitio web: **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección I Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted debe pedirnos que paguemos nuestra parte de la factura.

No debe pagar la factura. Si lo hace, no podemos hacerle un reembolso.

Si usted pagó más que el costo compartido de su plan por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros** para saber qué puede hacer.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección I1 Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- Que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- Que se encuentren en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**), **y**
- Que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

DC Medicaid cubre algunos servicios que este programa no cubre (por ejemplo, algunos servicios para la salud del comportamiento en la comunidad).

Si usted recibe servicios que no cubre nuestro plan ni DC Medicaid, **usted paga el costo total de su bolsillo.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica qué puede hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le explica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, paga el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

Sección J Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

Sección J1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar y que usted expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le proporciona información sobre el estudio y ve si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Durante su participación en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue cubriéndole los servicios y el cuidado que no estén relacionados con el estudio.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

Le recomendamos avisarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros por Medicare Original, les recomendamos a usted o a su coordinador del cuidado de la salud que se comuniquen con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

Sección J2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- El tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado

Si participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

Sección J3 Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar 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 tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección K Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección K1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección K2 Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es todo cuidado que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es todo cuidado que **no es voluntario y que se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos **no religiosos** del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro:
 - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía **no** tendrá cobertura.

Usted está cubierto por un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados en la Tabla de Beneficios Médicos del

Capítulo 4.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección L Equipo médico duradero (DME)

Sección L1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye ciertos artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores, andadores, suministros para la incontinencia y sillas para baño.

Usted siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, se explica el equipo médico duradero que usted alquila. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no** adquirirá la propiedad del equipo médico duradero, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad de un artículo de equipo médico duradero. Para saber los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar, llame a Servicio al Cliente.

Aunque haya tenido el equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** adquirirá la propiedad del equipo.

Sección L2 Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de Planes Medicare Advantage en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare y Usted 2024**. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov/medicare-and-you) o pedirla 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**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero si:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

- No adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, **y**
- Deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones

Sección L3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

Sección L4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su distribuidor debe proporcionar:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- Equipos de oxígeno y suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años:**

- Su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- Su distribuidor luego proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su nuevo plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos
(qué está cubierto y qué paga usted)

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué paga usted)

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan, las restricciones a esos servicios o los límites en estos, y cuánto paga usted por cada servicio. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Sus servicios cubiertos y los gastos de su bolsillo	4-2
Sección A1	Durante las emergencias de salud pública	4-3
Sección A2	¿Cuál es el deducible de su plan?	4-3
Sección A3	¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?.....	4-6
Sección A4	Nuestro plan no permite que los proveedores de la red le “facturen el saldo”	4-7
Sección B	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios.....	4-7
Sección C	Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	4-8
Sección D	La Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	4-10
Sección D1	Programa de Exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (EPD) de DC Medicaid.....	4-77
Sección E	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	4-78
Sección E1	Cuidados paliativos	4-78
Sección E2	Servicios del Departamento de Salud del Comportamiento (DBH) de DC	4-79
Sección F	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni DC Medicaid	4-79

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Sus servicios cubiertos y los gastos de su bolsillo

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga usted por cada servicio. También puede saber qué servicios no están cubiertos. En el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Por algunos servicios, a usted le cobran un gasto de su bolsillo que se llama copago. Es una cantidad fija (por ejemplo, \$5) que usted paga cada vez que recibe ese servicio. Paga el copago en el momento en que recibe el servicio médico.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Miembros que son Beneficiarios Calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) – usted no paga ningún costo por los servicios cubiertos por Medicare, excepto los copagos por sus medicamentos con receta si está inscrito en Medicare como Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) y en DC Medicaid. DC Medicaid paga sus coseguros, deducibles y copagos (excepto por los medicamentos con receta de la Parte D).

Miembros que no son Beneficiarios Calificados de Medicare – es posible que pague algunos costos si DC Medicaid no cubre el costo compartido de los miembros que no son Beneficiarios Calificados de Medicare. Sus costos pueden incluir primas, deducibles, copagos y coseguros.

Muestre su UCard de miembro y su tarjeta de ID de Medicaid del distrito cuando reciba servicios para el cuidado de la salud. Estas tarjetas les ayudarán a sus proveedores de cuidado de la salud a coordinar el pago de los servicios.

Llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se indica en el **Capítulo 2** de este documento si:

- Le piden que pague los servicios cubiertos,
- Su proveedor se niega a atenderle o
- Usted tiene otras preguntas

Si recibe un aviso de que su cobertura de DC Medicaid ha vencido, llame a su oficina de Medicaid inmediatamente para volver a solicitar la ayuda. El número de teléfono de su Agencia de Medicaid se indica en el **Capítulo 2** de este documento. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número que se indica en el **Capítulo 2** de este documento.

Período de Gracia

A los miembros que son Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) o tienen los beneficios completos de Medicaid y pierden su categoría de participación en Medicaid, les proporcionaremos un período de gracia de 6 meses mientras vuelven a solicitar la ayuda. Seguirá inscrito en nuestro plan durante ese lapso.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Durante el período de gracia, si visita a su proveedor, tendrá gastos de su bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá. Usted será responsable de esos costos hasta que recupere su categoría de participación en Medicaid. Los gastos de su bolsillo pueden incluir los deducibles, los copagos y los coseguros del plan de Medicare, hasta alcanzar las cantidades indicadas por Medicare Original, que se pueden encontrar en **es.medicare.gov**.

Además, usted tendrá que pagar la prima del plan que previamente cubría el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud de DC. Siempre seguirá siendo responsable de la prima de la Parte B, a menos que esta cantidad se pague en nombre de usted. Llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726** para obtener información adicional relacionada con los gastos de su bolsillo durante el período de gracia.

Guarde copias de sus facturas y recibos de cualquier cuidado que reciba durante el período de gracia. Además, guarde una copia de las cartas u otra documentación que compruebe que usted perdió su categoría de participación en DC Medicaid para que podamos verificar si cumple los requisitos del período de gracia.

Si no recupera la categoría de participación en Medicaid durante el período de gracia, se cancelará su inscripción en nuestro plan y volverá a Medicare Original si cumple los requisitos de Medicare Original. Si usted no cumple los requisitos para recibir los beneficios de Medicare, debe preguntar a su agencia Estatal de Asistencia Médica si hay algún otro programa público disponible para usted. Si recibe un aviso de que su cobertura de Medicaid ha vencido, comuníquese con la oficina de Medicaid lo antes posible para volver a solicitar la ayuda. El número de teléfono de su Agencia de DC Medicaid es el **1-202-442-9533**. Comuníquese con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al **1-866-242-7726**, TTY **711**, si tiene preguntas.

Sección A1 Durante las emergencias de salud pública

Durante una emergencia de salud pública declarada (p. ej., la pandemia de COVID-19), si usted recibe servicios médicamente necesarios de un proveedor fuera de la red en cualquier momento durante la emergencia de salud pública, llámenos para que le ayudemos a obtener el reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que podría haber incurrido. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Sección A2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es una cantidad de la Parte B definida por Medicare. Hasta que usted no haya pagado el deducible, debe pagar el costo total de sus servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos por los servicios médicos cubiertos y usted pagará su copago o coseguro durante el resto del año calendario.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

El deducible se aplica solo a ciertos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos por estos servicios solamente después de que usted haya pagado el total de su deducible. El deducible no se aplica a ninguno de los servicios cubiertos por Medicare prestados en un Centro de Cuidado de la Salud Aprobado a Nivel Federal (Federally Qualified Health Center, FQHC). El deducible se aplica a los siguientes servicios:

- Acupuntura para el dolor lumbar crónico – cubierta por Medicare (dentro y fuera de la red)
- Servicios de Ambulancia (dentro y fuera de la red)
- Servicios de Rehabilitación Cardíaca (dentro y fuera de la red)
- Servicios Quiroprácticos – Cubiertos por Medicare (dentro y fuera de la red)
- Examen de Detección de Cáncer Colorrectal – Enemas de Bario Cubiertos por Medicare (solo fuera de la red)
- Suministros para el Control de la Diabetes (dentro y fuera de la red)
- Plantillas o Zapatos Terapéuticos para Diabéticos (dentro y fuera de la red)
- Capacitación para el Automanejo de la Diabetes (solo fuera de la red)
- Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados (dentro y fuera de la red)
- Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio (solo fuera de la red)
- Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados (solo fuera de la red)
- Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Hospitalizados (solo fuera de la red)
- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, incluso medicamentos para quimioterapia (dentro y fuera de la red)
- Servicios de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (dentro y fuera de la red)
- Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Radiografías (dentro y fuera de la red)
- Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Radioterapia (incluso suministros) (dentro y fuera de la red)
- Sangre (dentro y fuera de la red)
- Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Servicios de Diagnóstico No Radiológicos (dentro y fuera de la red)
- Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Servicios de Radiodiagnóstico, Sin Incluir Radiografías (dentro y fuera de la red), excluidas las mamografías de diagnóstico dentro de la red
- Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Ambulatorios – Sesiones de Terapia Individual y de Grupo (dentro y fuera de la red)

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

-
- Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios – Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje (dentro y fuera de la red)
 - Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios – Terapia Ocupacional (dentro y fuera de la red)
 - Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias (dentro y fuera de la red)
 - Centro de Cirugía Ambulatoria (Ambulatory Surgical Center, ASC) (dentro y fuera de la red), excluidas las colonoscopias de diagnóstico dentro de la red
 - Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios (dentro y fuera de la red), excluidas las colonoscopias de diagnóstico dentro de la red
 - Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios (dentro y fuera de la red)
 - Servicios para Hospitalización Parcial (dentro y fuera de la red)
 - Proveedor de Cuidado Primario (dentro y fuera de la red)
 - Especialista (dentro y fuera de la red)
 - Exámenes de Audición y del Equilibrio – Cubiertos por Medicare (dentro y fuera de la red)
 - Cuidado Dental que No es de Rutina – Cubierto por Medicare (dentro y fuera de la red)
 - Servicios de Podiatría – Cubiertos por Medicare (dentro y fuera de la red)
 - Exámenes de Detección de Cáncer de Próstata – Tacto Rectal (solo fuera de la red)
 - Prótesis y Suministros Relacionados (dentro y fuera de la red)
 - Servicios de Rehabilitación Pulmonar (dentro y fuera de la red)
 - Servicios de Educación sobre la Enfermedad Renal (solo fuera de la red)
 - Tratamientos de Diálisis para Pacientes Ambulatorios (Riñón) (dentro y fuera de la red)
 - Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (solo fuera de la red)
 - Terapia de Ejercicios Supervisada (Supervised Exercise Therapy, SET) (dentro y fuera de la red)
 - Cuidado de la Vista – Examen de Glaucoma Cubierto por Medicare (solo fuera de la red)
 - Cuidado de la Vista – exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare (dentro y fuera de la red)
 - Cuidado de la Vista – anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas (dentro y fuera de la red)
 - Electrocardiograma (EKG) cubierto por Medicare después de una visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo fuera de la red)
 - Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios – Servicios de Laboratorio (dentro y fuera de la red)

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A3 ¿Cuánto es lo máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Nota: Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de DC Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo alguna vez.

Nuestro plan tiene dos límites distintos respecto a lo que usted debe pagar de su bolsillo por los servicios médicos cubiertos:

- **El máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red** es de \$8,850. Esto es lo máximo que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores de la red. Lo que usted paga como deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos que reciba de proveedores de la red se toma en cuenta para alcanzar este máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Lo que usted paga por las primas del plan, los medicamentos con receta de la Parte D y por los servicios que reciba de proveedores fuera de la red no se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Lo que usted paga por ciertos servicios tampoco se toma en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si usted ha pagado \$8,850 por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año cuando consulte a proveedores de nuestra red. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague DC Medicaid u otro tercero).
- **El máximo combinado de gastos de su bolsillo** es de \$13,300. Esto es lo máximo que usted paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare que reciba de proveedores dentro y fuera de la red. Lo que usted paga como deducibles, copagos y coseguros por los servicios cubiertos se toma en cuenta para alcanzar este máximo combinado de gastos de su bolsillo. Lo que usted paga por la prima de su plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no se toma en cuenta para alcanzar el máximo combinado de gastos de su bolsillo. Lo que usted paga por ciertos servicios tampoco se toma en cuenta para alcanzar el máximo combinado de gastos de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si usted pagó \$13,300 por servicios cubiertos, tendrá una cobertura del 100% y no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de su plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que la pague DC Medicaid u otro tercero).

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A4 Nuestro plan no permite que los proveedores de la red le “facturen el saldo”

Como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), una protección importante para usted es que, una vez que haya alcanzado los deducibles, solamente tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se llama “facturación de saldo”. Esta protección se aplica incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos de los proveedores.

A continuación, se explica cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija, por ejemplo, \$15.00), usted paga solamente esa cantidad por cualquier servicio cubierto que reciba de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor al que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores no participantes.
- Si usted cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame a Servicio al Cliente.

Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección C Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios describe los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y DC Medicaid según las reglas establecidas por Medicare y DC Medicaid.
- Los servicios (incluido el cuidado médico, los servicios para la salud del comportamiento y el consumo de sustancias, los apoyos y servicios a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado de la salud que proporciona y administra su cuidado.
- Si está recibiendo un tratamiento autorizado y cubierto por DC Medicaid en el momento de la inscripción en este plan, puede continuar con este tratamiento, independientemente de que el proveedor esté o no dentro de la red de proveedores de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), hasta que concluya el tratamiento o durante 30 días, lo que sea posterior. Si su proveedor actualmente no está dentro de la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), es posible que le pidan a usted que elija un nuevo proveedor que esté dentro de la red de proveedores de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).
- Si su proveedor de cuidado de la salud deja la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), se lo notificaremos en un plazo no mayor de 15 días calendario, para que usted tenga tiempo de elegir otro proveedor. Si UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) cancela el contrato con su proveedor, se lo notificaremos en un plazo no mayor de 30 días calendario antes de la fecha de vigencia de la cancelación.
- Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (PA). En la Tabla de Beneficios, marcamos en cursiva los servicios cubiertos que necesitan una preautorización.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Información Importante sobre Beneficios para todos los Miembros que Participan en Servicios de Planificación del Cuidado de la Salud y Bienestar (WHP)

- Dado que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) participa en el programa de Reducción del Costo Compartido de Medicamentos con Receta o Crédito para alimentos, productos de Venta Sin Receta (OTC) y facturas de servicios públicos, usted cumplirá los requisitos para los siguientes servicios de Planificación del Cuidado de la Salud y Bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP), incluidos los servicios de planificación del cuidado por anticipado (advance care planning, ACP):

– ¿Qué son los servicios de planificación del cuidado por anticipado?

En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si lo desea**, puede:

- Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
- Para recibir asistencia con la planificación del cuidado por anticipado, puede comunicarse con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de este documento).

La mayoría o todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

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

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección D La Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.</p> <p>Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por este examen preventivo para los miembros que cumplen los requisitos.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistente por 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos para Proveedores:</p> <p>Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), las enfermeras especialistas (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la Sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos vigentes del distrito y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según se describe en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico”) según si recibe los servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. • El beneficio no está cubierto cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. <p>El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica requerido por nuestras normas en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).</p>	
<p> Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Pagamos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol, incluidas las mujeres embarazadas.</p> <p>Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado en un centro de cuidado primario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea, en avión o helicóptero. La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.</p> <p>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 salud o su vida.</p> <p>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.</p>	<p>\$0 de copago por cada viaje en transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada viaje en transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p><i>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.</i></p>
<p>Examen Médico de Rutina Anual</p> <p>Incluye un examen médico completo y la evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos. No es necesario que las visitas para realizar el Examen Médico de Rutina Anual se programen con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por cada año calendario.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>30% de coseguro por un examen médico de rutina cada año.*</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Usted puede recibir un examen médico anual. En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta visita una vez cada 12 meses. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar durante el lapso de 12 meses después de su visita Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para realizar visitas de bienestar anuales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>
<p>Servicios auxiliares para personas con limitaciones visuales y auditivas</p> <p>Si tiene dificultades auditivas, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726, TTY 711. Si tiene dificultades visuales, llame a Servicio al Cliente al 1-866-242-7726, TTY 711. Podemos darle información en cinta de audio, en braille o en letra grande.</p>	<p>\$0</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Salud del Comportamiento</p> <p>Con cobertura</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo Comunitario • Estabilización de Crisis • Observación • Hospitalización Parcial • Tratamiento Psiquiátrico Diurno • Tratamiento Residencial para Abuso de Sustancias • Programas Estructurados para Adicciones para Pacientes Ambulatorios • Servicios de Evaluación de Emergencia • Servicios de Manejo de Medicamentos • Asesoramiento a Corto Plazo en Caso de Crisis • Servicios de Estabilización a Corto Plazo en Caso de Crisis • Servicios Especializados • Servicios de Salud Mental para Pacientes Ambulatorios • Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias • Terapia Electroconvulsiva • Pruebas Psicológicas y Neuropsicológicas <p>Pagamos los siguientes servicios para la salud del comportamiento:</p> <p>Pacientes hospitalizados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Servicios en centros psiquiátricos • Desintoxicación <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Salud del Comportamiento (continuación)</p> <p>Pacientes ambulatorios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios Prestados en Departamentos de Emergencias • Servicios de Administración de Casos • Servicios relacionados con el embarazo • Tratamiento del Abuso de Alcohol y Drogas para Pacientes Ambulatorios (servicios de Profesionales Clínicos y Otros Profesionales Médicos con Licencia [OLP].) <p>Servicios de un Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Evaluación y de Diagnóstico • Terapia Individual/de Grupo/Familiar • Servicios en centros de cuidado de la salud aprobados a nivel federal (FQHC) • Tratamiento Somático/con Medicamentos 	
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la indicación de un médico.</p> <p>También cubrimos programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.^{††}</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>Pagamos una visita al año o más si son médicamente necesarias con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar el uso de aspirina, • Controlarle la presión arterial, o • Darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada cinco años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres que están en alto riesgo de cáncer del cuello uterino o de la vagina: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • Para las mujeres que han tenido un resultado anormal de una prueba de Papanicolau en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • Para mujeres asintomáticas entre los 30 y 65 años: Una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV) cada 5 años, junto con la prueba de Papanicolau 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir desviaciones • Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare. 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de Biomarcadores en Sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de Bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una colonoscopia y un examen de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Enema de Bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios preventivos/exámenes dentales generales • Extracciones y servicios quirúrgicos • Cuidado de emergencia • Empastes dentales • Rebase o reemplazo de base de una dentadura postiza extraíble: se limita a dos (2) cada cinco (5) años, a menos que haya una preautorización • Estudio radiográfico completo, serie completa de radiografías o radiografía panorámica de la boca: se limita a una vez cada tres años; los servicios adicionales requieren una preautorización • Desbridamiento de la boca completa • Profilaxis bucal: se limita a una vez cada seis meses • Series de radiografías de aleta de mordida • Tratamiento paliativo • Aplicación de sellador • Dentaduras postizas parciales y completas extraíbles • Tratamiento de conducto radicular • Raspado subgingival y alisado radicular • Extracción de dientes impactados • Colocación inicial o reemplazo de una prótesis extraíble, una por arco cada cinco (5) años por beneficiario, excepto en caso de pérdida, robo o daño de la prótesis, o que esta no se pueda modificar • Una prótesis parcial extraíble <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Usted tiene cobertura de beneficios dentales de rutina. Para obtener información detallada, consulte la descripción de los beneficios dentales de rutina al final de esta tabla.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Implantes dentales; requieren una autorización <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.</p>	
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Pagamos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para una evaluación de depresión anual.</p>
<p> Pruebas de detección de la diabetes</p> <p>Pagamos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Presión arterial alta (hipertensión) Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) Obesidad Historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre <p>Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia), incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Un medidor de glucosa en la sangre – Tiras para medir la glucosa en la sangre – Lancetas y dispositivos para lancetas – Soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas), así como el ajuste y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario, o – Un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con los zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a manejar la diabetes. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare.^{††}</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p> <p>\$0 de copago por cada Medidor Continuo de Glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare según las pautas de Medicare. No hay limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <p>UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) cubre los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa en la sangre que se especifican en esta lista. Generalmente no cubriremos marcas alternativas, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si usted es nuevo en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) y está usando una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa en la sangre que no aparece en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros en los primeros 90 días a partir de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa mientras consulta a su médico u otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas es médicamente apropiada para usted. Si usted o su médico creen que es médicamente necesario que usted siga usando una marca alternativa, puede solicitar una excepción de cobertura para que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) mantenga la cobertura de un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no se aprueba la excepción de cobertura, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales del año de beneficios.</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto apropiado para su condición médica.</p> <p>(Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].)</p>	<p>\$0 de copago por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>En el Capítulo 12 de su Guía para Miembros, puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones motorizados • Suministros para la diabetes • Camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio • Bombas de infusión intravenosa (IV) y portasueros • Dispositivos para la generación del habla • Equipo de oxígeno y suministros • Nebulizadores • Andadores • Bastón de cuatro patas o mango curvo estándar, y suministros de repuesto • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo para el cuidado de diálisis • Suministros para la incontinencia (pañales/toallitas) • Suplementos nutricionales • Fórmula nutricional entérica • Sillas para baño • Barras de sujeción para la bañera y la ducha <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.^{††}</p> <p>Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 de copago cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos.^{††}</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es de \$0 de copago.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Es posible que haya otros artículos cubiertos.</p> <p>Pagamos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y Medicaid. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede pedirle si puede realizar un pedido especial para usted.</p>	
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Cuidado de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, y • Necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo grave para su salud o la de su feto; o • Un daño grave en las funciones corporales; o • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • El costo compartido de los servicios necesarios para emergencias prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>Usted no paga esta cantidad si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas por la misma condición. Si es admitido en un hospital, pagará el costo compartido según se describe en “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta tabla de beneficios.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de emergencia (continuación)</p> <p>Cobertura mundial de servicios prestados en Departamentos de Emergencias fuera de los Estados Unidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. • Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una condición continua) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. • Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. 	<p>\$0 de copago por la cobertura mundial de servicios para emergencias recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección A del Capítulo 7.</p> <p>Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe recibir una autorización para quedarse en el hospital fuera de la red o trasladarse a un hospital de la red, a fin de pagar el costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero usted pagará el costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la Audición — Aparatos Auditivos:</p> <p>A través de UnitedHealthcare Hearing, usted puede elegir entre una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC), con receta de marca o de la marca Relate® de UnitedHealthcare Hearing. Los aparatos auditivos se pueden ajustar en persona con un proveedor de la red o se le pueden entregar a usted directamente con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada año. Hay accesorios, baterías adicionales y servicios opcionales para aparatos auditivos disponibles para comprar o contratar, pero no están cubiertos por el plan. Para acceder a su beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red, debe comunicarse con UnitedHealthcare Hearing al 1-877-704-3384, TTY 711, o visitar UHChearing.com/Medicare.</p>	<p>Proveedor: UnitedHealthcare Hearing.</p> <p>La asignación para aparatos auditivos es de \$3,600.</p> <p>Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar tarifas adicionales por las visitas de seguimiento opcionales.</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solo productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.</p>
<p>Servicios para la Audición — Examen de Audición de Rutina</p> <p>Este beneficio cubre un examen cada año.</p> <p>Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Proveedor: Proveedores de la red del plan en su área de servicio. \$0 de copago.</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>30% de coseguro.*</p>
<p>Servicios para la Audición — Aparatos Auditivos:</p> <p>Pagamos los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.††</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍏 Prueba de detección del VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piden una prueba de detección del VIH, o • Están en mayor riesgo de infección por el VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.</p>
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe decirnos que usted los necesita, y los debe prestar una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana.) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	<p>\$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare.^{††}</p> <p>Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados para saber los copagos y coseguros correspondientes).</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • Equipo, como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado; • Capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de equipo médico duradero; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio. 	<p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a la Asistencia Médica a Domicilio (según se describe en “Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o “Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio”) según el lugar en que recibió los servicios de monitoreo o de administración.^{††}</p> <p>Consulte “Equipo Médico Duradero” anteriormente en esta tabla para saber los costos compartidos correspondientes a los equipos y suministros relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio.^{††}</p> <p>Consulte “Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para saber los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la Terapia de Infusión a Domicilio.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a buscar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor• Relevo del cuidador a corto plazo• Cuidado a domicilio <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none">• Medicare Original (en vez de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos sus servicios de cuidados paliativos y todos los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Por servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none">• Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios. <p>Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Si estos medicamentos no están relacionados con su condición terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original.• Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su Guía para Miembros. <p>Nota: Si usted necesita cuidados que no son paliativos, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Si recibe los cuidados que no son paliativos a través de proveedores de nuestra red, su parte de los costos por los servicios será más baja.</p>	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 de su Guía para Miembros.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B o la COVID-19.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados.</p> <p>El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros médicamente necesarios que no se encuentran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • Medicamentos y principios activos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios para radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido.^{††}</p> <p>Si recibe cuidado como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Un traslado a otro tipo de centro (por ejemplo, un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado,</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante.</p> <p>La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es diferente de la red que se encuentra en la sección “Hospitales” de su Directorio de Proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están dentro de la red del plan de servicios para trasplantes.</p> <p>Para obtener información sobre los centros de la red que prestan servicios para trasplantes, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio.</p> <p>Si nuestros proveedores de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera de su comunidad, usted puede decidir recibir servicios localmente siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decide recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>usted tiene cobertura por un número ilimitado de días siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta según las reglas del plan.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Mientras usted esté recibiendo cuidado en el sitio distante, también reembolsaremos los costos del transporte desde y hacia el hospital o el consultorio médico para evaluaciones, servicios para trasplantes y cuidado médico de seguimiento. (El transporte en el sitio distante incluye, entre otros: millaje de vehículos, tarifa aérea en clase económica, tarifas de taxis o servicios de viajes compartidos.) También es posible que estén cubiertos los costos de alojamiento o los lugares para quedarse, como hoteles, moteles o viviendas temporales como resultado del viaje para recibir un trasplante de órganos cubierto. Usted puede recibir un reembolso de gastos aprobados de hasta \$125 por día en total. Los servicios de transporte no están sujetos al límite diario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • Servicios de un médico <p>Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta publicación está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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.</p>	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos los servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>Dentro de la Red</p> <p>\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, hasta 90 días por cada período de beneficios. Más 60 días adicionales de reserva de por vida.^{††}</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura</p> <p>No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si usted usó todo su beneficio de hospitalización o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria.</p> <p>Sin embargo, en ciertas situaciones en las que el cuidado como paciente hospitalizado no está cubierto, es posible que paguemos los servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o en un centro de enfermería. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como las pruebas de laboratorio • Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluso los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • Prótesis y ortesis, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan de manera total o parcial: <ul style="list-style-type: none"> – Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o – La función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte a continuación la sección Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico.</p> <p>Consulte a continuación la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p> <p>Consulte a continuación la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p> <p>Consulte a continuación la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p> <p>Consulte a continuación la sección Prótesis y Suministros Relacionados.</p> <p>Consulte a continuación la sección Prótesis y Suministros Relacionados.</p> <p>Consulte a continuación la sección Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su condición • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3 de su Guía para Miembros, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.††</p> <p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.</p> <p>Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.</p> <p>Consulte la sección Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal (continuación)</p>	<p>Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.</p> <p>Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.</p> <p>Consulte la sección Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Realiza una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma actualmente o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años <p>Después del primer examen de detección, nuestro plan paga otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, ni por la tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) que estén cubiertas por Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficio de comidas</p> <p>Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) o en el hospital como paciente hospitalizado, si así lo recomienda un proveedor.</p> <p>Pautas del beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante 14 días como máximo • La primera entrega de comida puede llevar hasta 72 horas después de haber realizado el pedido • Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones 	<p>Proveedor: Mom’s Meals®</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Se requiere una preautorización.</p> <p>El programa de entrega de comida a domicilio está disponible en todo el país a través de Mom’s Meals®.</p>
<p> Terapia de nutrición clínica</p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la indicación cada año si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cambio dietario a largo plazo, y• Mayor actividad física, y• Estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que nuestro plan autorizó • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que recibió el trasplante de órgano • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento • Antígenos (para inyecciones para la alergia) • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada medicamento cubierto por la Parte B Medicare.^{††} A partir del 1 de abril de 2023, es posible que pague menos por determinados medicamentos reembolsables. La lista de los medicamentos reembolsables y el costo de cada uno cambian cada trimestre. Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se describe en “Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o “Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos.</p> <p>A partir del 1 de julio de 2023, usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta por la Parte B. El deducible no se aplica a la insulina cubierta por la Parte B.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los agentes estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de su Guía para Miembros explica nuestro beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.</p> <p>El Capítulo 7 de su Guía para Miembros explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p>Nurse Hotline</p> <p>Los servicios de Nurse Hotline están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con una enfermera titulada (RN) sobre sus inquietudes y preguntas médicas. Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0 de copago Proveedor: NurseLine</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos • Asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas) 	<p>\$0 de copago por servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros medicamentos necesarios que no se encuentran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones <p>Nota: No hay ningún cargo aparte por los suministros médicos que se usan de rutina en el transcurso de una visita al consultorio y que se incluyen en los cargos del proveedor por esa visita (como vendajes, hisopos de algodón y otros suministros de rutina.) Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo aparte correspondiente (por ejemplo, agentes químicos usados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que se indican.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluso su almacenamiento y administración; la cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Además, por la administración de infusión de sangre, usted pagará el costo compartido según se describe en las siguientes secciones de esta tabla, según el lugar en que recibió los servicios de infusión: <ul style="list-style-type: none"> – Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada servicio de radiografías cubierto por Medicare, servicio de radioterapia cubierto por Medicare, suministro médico cubierto por Medicare, servicio de laboratorio cubierto por Medicare, servicio de sangre cubierto por Medicare, servicio de diagnóstico no radiológico cubierto por Medicare (entre otros ejemplos, se incluyen electrocardiogramas, pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo).^{††}</p> <p>\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico.</p> <p>\$0 de copago por cada examen vascular realizado por un médico en su domicilio o en un asilo de convalecencia en el que usted vive.^{††}</p> <p>\$0 de copago por otros servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, cubiertos por Medicare que sean prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica).^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios • Servicios de diagnóstico no radiológicos. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios – Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías. 	<p>Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Entre otros ejemplos, se incluyen: tomografías especializadas, tomografías computarizadas (CT), tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT), tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que estén cubiertos, los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley de concesión de licencias del distrito y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare—¡Pregunte!”. Esta publicación está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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.</p>	<p>El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un Departamento de Emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> – Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. – A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. – Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta publicación: https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios para radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios Médicos <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Consulte la sección Cuidado de Emergencia.</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p> <p>Consulte la sección Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Ambulatorios.</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p> <p>Consulte los beneficios precedidos por el ícono de la “manzana”.</p> <p>Consulte la sección Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare.</p> <p>Consulte la sección Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico. Consulte la sección Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo • Servicios prestados en una clínica para pacientes ambulatorios • Observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Terapia de infusión para pacientes ambulatorios <p>Si se trata de un medicamento que se administra mediante infusión, usted pagará el costo compartido según se describe en “Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de medicamentos para terapia de infusión, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se describe en “Servicios de un Médico/Profesional, incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o “Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Consulte la sección Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare y la sección Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico o la sección Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.</p> <p>El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta publicación está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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.</p>	
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios de salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un psiquiatra o un médico con licencia del estado • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un especialista en enfermería clínica • Un asesor profesional con licencia (LPC) • Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • Una enfermera especialista (NP) • Un asistente médico (PA) • Cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes 	<p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.^{††}</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los Departamentos para Pacientes Ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.^{††}</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.^{††}</p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol • Tratamiento del abuso de drogas • Terapia individual o de grupo a cargo de un profesional clínico calificado • Desintoxicación de casos subagudos en un programa residencial para adicciones • Servicios para la adicción al alcohol o a las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada 	<p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.^{††}</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: Si va a realizarse una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si usted será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”. Si usted no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntarle a su médico o al personal del hospital.</p> <p>Si recibe servicios o artículos, excepto cirugía, que incluyen, entre otros, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, ortesis, suministros o medicamentos de la Parte B, podría haber costos compartidos adicionales por esos servicios o artículos. Consulte la sección correspondiente de esta tabla para encontrar el servicio o artículo adicional que recibió, y saber el costo compartido específico requerido. Consulte “Examen de detección de cáncer colorrectal” anteriormente en esta tabla para obtener información sobre el beneficio de colonoscopia de detección y de diagnóstico.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.^{††}</p> <p>\$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.^{††}</p> <p>Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que se pueden prestar en un centro de cirugía ambulatoria disponible se deben prestar en un centro de cirugía ambulatoria, a menos que sea médicamente necesario un Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cirugía para pacientes ambulatorios (continuación)	<p>\$0 de copago por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que se le presten en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.^{††}</p> <p>\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico en un hospital para pacientes ambulatorios.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</p> <p>Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su UCard® de UnitedHealthcare cada mes para pagar alimentos saludables, artículos de venta sin receta y facturas de servicios públicos que tengan cobertura. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más. • Productos genéricos y de marca de venta sin receta, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, productos de primeros auxilios y mucho más. • Facturas de servicios públicos aprobadas, como de electricidad, calefacción del hogar (p. ej., gas natural), agua e Internet doméstico. La dirección de los servicios debe coincidir con una dirección suya que tengamos registrada. <p>El crédito no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol.</p> <p>Dispositivos de seguridad para el baño y el hogar</p> <p>Usted también puede usar su crédito para productos de venta sin receta en dispositivos de seguridad para el baño y el hogar que tengan cobertura, como alfombras de baño, barras de sujeción y sillas para la ducha.</p> <p>Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet. El envío a domicilio es gratuito y hay un mínimo de \$35 para realizar un pedido. Además, usted puede usar su crédito para pagar las facturas de servicios públicos aprobadas de compañías de la red por Internet o en el mostrador de MoneyCenter o de Servicio al Cliente de su Walmart local.</p> <p>Visite el UCard Hub en es.myuhc.com/communityplan para buscar tiendas participantes, consultar su saldo, realizar un pedido por Internet o pagar facturas de servicios públicos.</p>	<p>Proveedor: Solutran</p> <p>El crédito mensual es de \$84</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para hospitalización parcial</p> <p>“Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario; es más intenso que el cuidado que se recibe en el consultorio de su médico o terapeuta, y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural; es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS)</p> <p>Con un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS), puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias puede conectarle rápidamente con la ayuda que necesite, las 24 horas del día, en cualquier situación. Es un botón liviano y discreto que se puede usar en la muñeca o como colgante. También es seguro para usar en la ducha o la bañera. Según el modelo que usted elija, el dispositivo incluso puede detectar automáticamente las caídas.</p> <p>Es posible que se requiera una preautorización si el servicio no lo presta un proveedor dentro de la red.</p> <p>Para obtener un dispositivo del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias, usted debe tener un teléfono fijo que funcione o vivir en una zona con cobertura inalámbrica adecuada. El dispositivo celular funciona en todo el país con la red inalámbrica, pero usted no necesita tener un contrato con la red.</p> <p>Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Proveedor: Lifeline</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Los dispositivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de Lifeline.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> – El consultorio de un médico – Un centro de cirugía ambulatoria certificado – El Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital – Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista – Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para pacientes en ciertas zonas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un proveedor de cuidado primario (según lo permita Medicare).</p> <p>Consulte “Cirugía para Pacientes Ambulatorios” anteriormente en esta tabla para saber los copagos o coseguros correspondientes a las visitas a un centro de cirugía ambulatoria o a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios.</p> <p>\$0 de copago por los servicios prestados por un especialista o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un especialista (según lo permita Medicare).^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> – usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud – realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal. • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††}</p> <p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.^{††}</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un especialista (según lo descrito anteriormente en “Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico”).</p> <p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.^{††}</p> <p>Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se describe en “Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o “Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que reciba los servicios.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> – la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • Obtención de una segunda opinión antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> – cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas – reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales – extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral – servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico • Servicios de Monitoreo Remoto Cubiertos por Medicare • Servicios de control en el consultorio de un médico o un centro hospitalario para pacientes ambulatorios si usted está tomando anticoagulantes, por ejemplo, Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les puede llamar servicios de la “Clínica de Coumadin”). • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son prestados por un médico/profesional de cuidado de la salud que no es médico en su domicilio. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Visitas Virtuales Médicas Adicionales: <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por los servicios de una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico.</p> <p>Por los servicios de un proveedor de cuidado primario o los servicios de un médico especialista, usted pagará el costo compartido tal como se aplica en un consultorio, según lo descrito anteriormente en esta sección de la tabla de beneficios.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios Requeridos de Urgencia • Proveedor de Cuidado Primario • Especialista • Otros Profesionales de Cuidado de la Salud <p>– Otros tipos de Visitas Virtuales Médicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Rehabilitación Cardíaca • Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva • Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios <p>– Terapia Ocupacional</p> <p>– Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje</p> <p>– Visitas adicionales de telesalud para la Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales de salud mental. • Las Visitas Virtuales de Salud Mental son visitas de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Visite liveandworkwell.com/content/es/member/benefits/virtual-visits.html para obtener más información y programar una cita virtual. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor que ofrezca el servicio mediante telesalud. Las Visitas Virtuales Médicas y de Salud Mental adicionales solo están cubiertas si usted usa un proveedor de la red. Ciertos tipos de Visitas Virtuales Médicas están cubiertas tanto dentro como fuera de la red. – Las Visitas Virtuales Médicas y la Telesalud Complementaria son visitas médicas que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores que usan tecnología apropiada por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo para realizar la visita. – No todas las condiciones médicas se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. – Los servicios de telesalud no cubiertos por Medicare y prestados por proveedores no indicados anteriormente no están cubiertos. – Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias. No todos los proveedores de la red ofrecen cuidado virtual. 	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con condiciones que afectan a las piernas, como la diabetes <p>Cuidado de los Pies de Rutina Adicional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, el corte o la extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas. • El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio.^{††}</p> <p>Para obtener información sobre los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, como cirugía, consulte la sección Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de rutina, hasta 4 visitas cada año.</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada tacto rectal cubierto por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de antígeno prostático específico. Las pruebas de diagnóstico de antígeno prostático específico están sujetas al costo compartido según se describe en la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Pagamos las siguientes prótesis y tal vez otras que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Abrazaderas ortopédicas • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>Pagamos algunos suministros relacionados con las prótesis. También pagamos la reparación o el reemplazo de las prótesis. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla.</p> <p>No pagaremos prótesis dentales.</p>	<p>\$0 de copago por cada ortesis o prótesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos, y los suministros relacionados.^{††}</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. Usted debe tener una indicación para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC.</p> <p>Medicare cubre un máximo de dos (2) sesiones de una hora por día, hasta 36 sesiones de por vida (en algunos casos hasta 72 sesiones de por vida) de servicios de rehabilitación pulmonar.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben tener lugar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento sobre estas cubierto por Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada^{††} (SNF)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluso su almacenamiento y administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería • Pruebas de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios para radiología que se realizan en los centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Servicios de un médico/proveedor <p>No se requieren 3 días de estadía en el hospital.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada estadía en un Centro de Enfermería Especializada cubierta por Medicare, hasta 100 días.^{††}</p> <p>Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada, según las pautas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un Centro de Enfermería Especializada) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada^{††} (SNF) (continuación)</p> <p>Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital 	
<p> Tratamiento del tabaquismo</p> <p>Si usted usa tabaco, no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco, y desea o necesita dejarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar el tabaco incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento en persona. <p>Si usted usa tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Pagamos la Terapia de Ejercicios Supervisada para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y que cuentan con una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad.</p> <p>Nuestro plan paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se cumplen todos los requisitos de la Terapia de Ejercicios Supervisada, hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas • Unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias <p>El programa de Terapia de Ejercicios Supervisada debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación) • Ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado 	<p>\$0 de copago por la visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.^{††}</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transporte</p> <p>Información detallada de este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 36 viajes en una sola dirección, combinados dentro y fuera de la red, tienen cobertura cada año (limitados únicamente a transporte terrestre). • Usted es responsable de cualquier costo que se pase del límite de viajes tanto dentro como fuera de la red. • Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como proveedores, centros médicos, farmacias, tiendas de comestibles o citas para la vista y la audición de la red. • Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 50 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. • Los servicios de transporte se deben solicitar 3 días hábiles antes de una cita de rutina programada. • Se permite un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener por lo menos 18 años). • En algunos viajes, es posible que usted tenga que compartir el vehículo con otros clientes del transporte. • Los viajes son de acera a acera. • Hay camionetas con acceso para sillas de ruedas disponibles, si se solicita. • Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. <p>Este beneficio no cubre el transporte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camilla • Ambulancia <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Dentro de la Red</p> <p>Proveedor: SafeRide®</p> <p>\$0 de copago</p> <p>Fuera de la Red</p> <p>75% de coseguro por los servicios cubiertos*</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de transporte (continuación)</p> <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado requerido de urgencia</p> <p>El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato, o • Una enfermedad repentina, o • Una lesión, o • Una condición que necesita cuidado inmediatamente. <p>Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>El costo compartido de los servicios requeridos de urgencia prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red. Los servicios cubiertos incluyen los servicios requeridos de urgencia recibidos en una clínica sin previa cita o en un centro de cuidado de urgencia.</p> <p>Cobertura mundial de “servicios requeridos de urgencia” cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, una lesión o una condición que usted no esperaba ni anticipaba, y usted no puede esperar hasta regresar al área de servicio de nuestro plan para obtener servicios. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita.</p> <p>\$0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte el Capítulo 7.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Pagamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de la vista de rutina (refracción ocular) cada año • Un par de anteojos cada 2 años, a menos que: <ul style="list-style-type: none"> – Haya un cambio de al menos +/- 0.50 dioptrías con respecto a la receta anterior; – Haya un cambio de al menos = 0.75 dioptrías esféricas o - 0.50 dioptrías esféricas, 0.50 dioptrías cilíndricas, ~ dioptrías prismáticas verticales o 3 dioptrías prismáticas laterales; – Haya habido un cambio importante en la agudeza visual documentado por un optometrista con licencia; – Los marcos o los lentes se hayan perdido o hayan sufrido daños irreparables; o – Se prefiere un par de lentes para leer aparte de los bifocales. • Lentes de contacto: se limitan a dos cajas (una por cada ojo) en un período de 6 meses <p>Todas las reparaciones y los reemplazos médicamente necesarios están cubiertos, incluso de anteojos, de lentes/ dispositivos para la vista o de prótesis para el ojo en sí.</p> <p>Pagamos servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos. Por ejemplo, exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††}</p> <p>\$0 de copago por el examen de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare.^{††}</p> <p>\$0 de copago por un par de lentes de contacto o anteojos estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p> <p>Proveedor: MARCH® Vision Care</p> <p>\$0 de copago por un examen de la vista de rutina. El plan paga hasta \$250 para su compra de lentes/marcos y lentes de contacto.</p>

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Cuidado de la vista (continuación)</p> <p>Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, pagamos un examen de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Personas con historial familiar de glaucoma• Personas con diabetes• Afroamericanos mayores de 50 años• Hispanos estadounidenses mayores de 65 años <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular.</p> <p>Si le realizan dos cirugías de cataratas por separado, usted debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par de anteojos después de la primera cirugía.</p>	

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una revisión de su salud, • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), y • Referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita. <p>No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos.</p> <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, por única vez, si se indica como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Para obtener información sobre otros electrocardiogramas, consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios.</p>

††Servicios cubiertos para los que su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.

*Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección D1 Programa de Exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (EPD) de DC Medicaid

Cuando pueden elegir, muchos adultos de edad avanzada y adultos con discapacidades prefieren quedarse en un entorno familiar, que suele ser su propio domicilio. El Programa de Exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (Elderly and Persons with Physical Disabilities, EPD) se ofrece para hacer eso posible. Este programa presta servicios para ayudar a los adultos mayores y las personas con discapacidades que califiquen a vivir en su propio domicilio o en otro lugar de la comunidad en vez de vivir dentro de un asilo de convalecencia. Si usted cree que tal vez cumpla los criterios que se describen a continuación (o si ya le realizaron una evaluación y sabe que cumple los requisitos para el Programa de Exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas), comuníquese con su administrador de casos o navegador del cuidado de la salud, y pídale ayuda para solicitar los beneficios de dicho programa. A fin de cumplir los requisitos para el Programa de Exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas, usted debe:

- Ser un residente del District of Columbia
- Ser ciudadano estadounidense o estar en situación legal de inmigración
- Cumplir los requisitos para recibir DC Medicaid, tener ingresos de menos del 300% de lo que ofrece el programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) o cumplir los requisitos para la deducción de gastos
- Tener no más de \$4,000 en bienes computables
- Necesitar ayuda con las actividades de la vida diaria
- Cumplir el “nivel de cuidado” establecido para el Programa de Exención

El Programa de Exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas ofrece una combinación de servicios de apoyo a domicilio y en la comunidad, que incluyen:

- Administración de casos: ayuda para obtener o coordinar servicios para el cuidado de la salud
- Servicios de un auxiliar de cuidado personal (personal care aide, PCA): ayuda con las actividades de la vida diaria, como vestirse, comer, ir al baño, etc.
- Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (Personal Emergency Response System, PERS): sistema electrónico que permite a las personas llamar para pedir ayuda cuando es necesario

Algunos servicios cubiertos por Medicare presentan un rango de costos compartidos. Solamente los Beneficiarios Calificados de Medicare o quienes no son Beneficiarios Calificados de Medicare que reciben los beneficios completos de Medicaid pagan \$0 de copago. Todos los demás beneficiarios de Medicaid pagarán hasta la cantidad más alta del rango de costos compartidos, incluidos los deducibles, copagos y coseguros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Programas de servicios de salud diurnos para adultos: apoyos y servicios no residenciales que promueven la inclusión y el cuidado en la comunidad
- Relevo del cuidador: ayuda con las necesidades diarias cuando un cuidador primario se ausenta o no está a su disposición
- Servicios en vivienda asistida: residencia con licencia que ofrece servicios y apoyos para permitir a los participantes vivir de manera independiente
- Adaptaciones ambientales para facilitar el acceso: modificaciones físicas en un domicilio para proteger la seguridad y el bienestar de un residente
- Servicios dirigidos por el participante: más opciones y flexibilidad con respecto a los servicios que recibe, incluidos los servicios de un auxiliar de cuidado personal

Sección E Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o de DC Medicaid.

Sección E1 Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios de la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados paliativos factura los servicios a Medicare. Medicare paga los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su coordinador del cuidado de la salud para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.

Sección E2 Servicios del Departamento de Salud del Comportamiento (DBH) de DC

Algunos servicios para la salud del comportamiento no están cubiertos por este programa, pero están disponibles para usted a través del Departamento de Salud del Comportamiento de DC. Incluyen:

- Intervenciones en la Comunidad
- Terapia multisistémica (mutli-systemic therapy, MST)
- Tratamiento asertivo comunitario (assertive community treatment, ACT)
- Tratamiento asertivo comunitario de transición (transitional assertive community treatment, TACT)
- Apoyo comunitario
- Servicios de apoyo para la recuperación
- Empleo con apoyo vocacional
- Servicios de Clubhouse (club social de apoyo para personas con enfermedades mentales)
- Modelo de fortalecimiento para recuperarse de traumas (trauma recovery empowerment model, TREM)
- Terapia sistémica del trauma (trauma systems therapy, TST)
- Terapia familiar funcional (functional family therapy, FFT)
- Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios

Sección F Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni DC Medicaid

Esta sección explica los beneficios que están excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ningún caso, y otros que excluimos solamente en algunos casos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para Miembros**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios que no se consideren “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y DC Medicaid, salvo que los indiquemos como servicios cubiertos
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar
- Comidas entregadas a su domicilio
- Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico
- Cuidado quiropráctico, excepto la manipulación manual de la columna vertebral según las pautas de cobertura
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyan en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

-
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
 - Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
 - Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales)
 - Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios para emergencias en un hospital del Departamento de Asuntos de los Veteranos y el costo compartido según este Departamento sea mayor que el costo compartido conforme a nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus costos compartidos.
 - Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio
 - Cuidado de custodia (cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico ni paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse)
 - Servicios domésticos, que incluyen ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas
 - Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Cierta cobertura proporcionada según las pautas de Medicare (Según se describe específicamente en la Tabla de Beneficios Médicos de este capítulo)
 - Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía electivas, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil o suministros anticonceptivos sin receta
 - Servicio paramédico móvil (soporte vital avanzado proporcionado por una entidad de servicios para emergencias, como una unidad de servicios paramédicos, que no proporciona transporte en ambulancia). Los servicios solamente tienen cobertura si la dirección donde la ambulancia pasa a buscar al paciente se encuentra en las zonas rurales de New York y se cumplen las condiciones correspondientes. Los miembros son responsables de todos los costos del servicio paramédico móvil en los que se incurra fuera de las zonas rurales de New York.
 - Funciones o accesorios opcionales, adicionales o de lujo para equipo médico duradero, aparatos correctivos o prótesis que son principalmente para la comodidad o la conveniencia del miembro, o para trasladarse principalmente dentro de la comunidad, que incluyen, entre otros, la remodelación o la modificación en el domicilio y del automóvil, y equipos de ejercicio
 - Vacunas para viajes al extranjero
 - Solicitudes de pago (pedir al plan que pague la parte que le corresponde de los costos) de medicamentos cubiertos enviadas 36 meses después de haber surtido su receta.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

-
- Equipos o suministros que acondicionen el aire, almohadillas térmicas, bolsas de agua caliente, pelucas y su cuidado, medias de compresión y otros equipos que no sean principalmente médicos
 - Ningún cuidado que no sea de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios
 - Para trasplantes: entre los artículos sin cobertura, se incluyen los siguientes.
 - Para transporte: alquiler, compra o mantenimiento o reparación de vehículos, servicio de auxilio mecánico (asistencia en la carretera), gasolina, viajes en ambulancia terrestre o aérea (podrían estar cubiertos por su beneficio médico), viajes terrestres o aéreos no relacionados con citas médicas, tarifas de estacionamiento incurridas en otro lugar que no sea el alojamiento o el hospital.
 - Para alojamiento: depósitos, servicios públicos (si se facturan aparte del pago del alquiler), llamadas por teléfono, periódicos, alquiler de películas y tarjetas de regalo, gastos de alojamiento cuando se hospede con un familiar o amigo, y comidas.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con
receta para pacientes ambulatorios

Capítulo 5

Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos con receta de la Parte D

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o una farmacia de pedidos por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por DC Medicaid. El **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros** indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare**, que generalmente incluyen medicamentos que le administran mientras usted esté en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare**, que incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F**, “Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare”, del **Capítulo 5**.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por sus beneficios de DC Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo saber sobre su cobertura de medicamentos de DC Medicaid.

Habitualmente, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección. Un médico u otro proveedor debe emitir su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP).

El profesional que le receta **no** debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare ni en ninguna lista similar de Medicaid.

Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** de nuestro plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.

- Si no está en la “Lista de Medicamentos”, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.

Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Es posible que su médico pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Sección A	Cómo surtir sus recetas.....	5-4
Sección A1	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red.....	5-4
Sección A2	Use su UCard de miembro cuando surta una receta.....	5-4
Sección A3	Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red.....	5-4
Sección A4	Qué puede hacer si su farmacia deja la red	5-4
Sección A5	Uso de una farmacia especializada	5-5
Sección A6	Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	5-5
Sección A7	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	5-7
Sección A8	Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan.....	5-8
Sección A9	Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta.....	5-9
Sección B	La “Lista de Medicamentos” de nuestro plan.....	5-9
Sección B1	Medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”	5-9
Sección B2	Cómo buscar un medicamento en nuestra “Lista de Medicamentos”	5-10
Sección B3	Medicamentos que no están en nuestra “Lista de Medicamentos”	5-10
Sección C	Límites en algunos medicamentos	5-11

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección D	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	5-13
Sección D1	Cómo obtener un suministro temporal.....	5-13
Sección D2	Cómo solicitar un suministro temporal.....	5-14
Sección D3	Cómo solicitar una excepción	5-15
Sección E	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	5-15
Sección F	Cobertura de medicamentos en casos especiales	5-17
Sección F1	En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan	5-17
Sección F2	En un centro de cuidado a largo plazo.....	5-18
Sección F3	En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare.....	5-18
Sección G	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	5-19
Sección G1	Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura.....	5-19
Sección G2	Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	5-19
Sección G3	Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos	5-20

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Cómo surtir sus recetas

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A2 Use su UCard de miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su UCard de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento con receta cubierto. Usted podría tener que pagar un copago a la farmacia cuando pase a retirar su medicamento con receta.

Si no tiene consigo su UCard de Miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o que consulte su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo. Luego puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicio al Cliente.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A3 Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedirle a un proveedor que le emita una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A4 Qué puede hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, usted tiene que buscar una nueva farmacia de la red.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A5 **Uso de una farmacia especializada**

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A6 **Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos**

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta **100 días**. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de tres meses.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, consulte su **Directorio de Farmacias**, donde podrá buscar las farmacias con servicio de medicamentos por correo dentro de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté dentro de la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegan en un plazo no mayor de 10 días. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510**, (TTY) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de usted y le entrega los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entrega los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de nuestro plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento, por teléfono o por correo.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o demorar el pedido antes de que le facturen y se lo envíen.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Si no desea recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

3. Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo

Para pedir resurtidos, comuníquese con su farmacia 10 días hábiles antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Usted también tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se le debería estar por acabar su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento. Para cancelar el programa de resurtidos automáticos, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo 10 días antes de que se le envíe su pedido o puede avisarle a la farmacia cuando le notifique de su próximo envío.

Indique a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted para que esta pueda confirmar su pedido antes de hacer el envío. Para hacerlo, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo cuando se inscriba en su programa de resurtidos automáticos y también cuando reciba notificaciones sobre próximos envíos de resurtidos.

Sección A7 **Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos**

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de tres meses. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, usted también puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente. Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Es posible que los copagos de \$0 estén restringidos a medicamentos con receta preferidos con entrega a domicilio durante la Etapa de Cobertura Inicial, y que no se apliquen durante la Etapa Sin Cobertura ni la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Optum Home Delivery es un servicio de Optum Rx, una farmacia con entrega a domicilio, un administrador de beneficios de farmacia y una compañía afiliada de

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Rx para surtir sus medicamentos de mantenimiento. Su red tiene otras farmacias disponibles. Consulte la **Sección A5** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Sección A8 **Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan**

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Pagamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- **Medicamentos con receta para una Emergencia Médica**

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestra “Lista de Medicamentos” sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**

Cuando usted viaja dentro de los Estados Unidos, tiene acceso a farmacias de la red en todo el país. Como parte de sus planes de viaje, lleve consigo sus recetas y medicamentos, y asegúrese de consultar el directorio de farmacias para encontrar una farmacia de la red mientras esté de viaje. Si viajará al extranjero, es posible que pueda obtener un suministro de más días antes de irse para llevar consigo al país donde no haya farmacias de la red disponibles.

- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un Departamento de Emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

En estos casos, primero consulte a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A9 **Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta**

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total en vez de un copago cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

Sección B **La “Lista de Medicamentos” de nuestro plan**

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.

Elegimos los medicamentos de la “Lista de Medicamentos” con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La “Lista de Medicamentos” también indica las reglas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

Sección B1 **Medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos”**

Nuestra “Lista de Medicamentos” incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos con receta y sin receta (OTC) cubiertos por DC Medicaid.

Nuestra “Lista de Medicamentos” incluye medicamentos genéricos y de marca, y productos biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En nuestra “Lista de Medicamentos”, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca o los productos biológicos, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca. Hay alternativas biosimilares para algunos productos biológicos. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o uno de marca satisfarán sus necesidades.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección B2 **Cómo buscar un medicamento en nuestra “Lista de Medicamentos”**

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra “Lista de Medicamentos”, puede:

- Consultar la “Lista de Medicamentos” más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visitar el sitio web de nuestro plan en **es.myuhc.com/CommunityPlan**. La “Lista de Medicamentos” de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en nuestra “Lista de Medicamentos” o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) en **es.myuhc.com/CommunityPlan** o llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la “Lista de Medicamentos” para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha “Lista” que podrían tratar la misma condición.

Sección B3 **Medicamentos que no están en nuestra “Lista de Medicamentos”**

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en nuestra “Lista de Medicamentos” porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra “Lista de Medicamentos”.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que usted deba pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de DC Medicaid) no puede pagar un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre sin costo los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su condición. Para tratar su condición, su médico puede recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha condición. Esto se llama “uso

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

fuera de la indicación aprobada”. Nuestro plan habitualmente no cubre los medicamentos recetados para un uso fuera de la indicación aprobada.

Además, por ley, ni Medicare ni DC Medicaid pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío, excepto los medicamentos de un solo agente recetados por un proveedor con licencia
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello, a menos que sean médicamente necesarios
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto ciertas vitaminas prenatales, geriátricas o de un solo agente, y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual, a menos que sean médicamente necesarios
- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia o para bajar o subir de peso, a menos que estén incluidos en la “Lista de Medicamentos” Preferidos de Medicaid del Distrito y en el Manual de Facturación de Farmacias, y que hayan sido recetados por un proveedor con licencia
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que fabrica una compañía que dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos

Sección C Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, soliciten que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o un producto biológico original cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Generalmente, un medicamento genérico o un producto biosimilar intercambiable surte el mismo efecto que un medicamento de marca o un producto biológico original, y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando haya una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico o el producto biosimilar intercambiable no le surtirá efecto a usted o si ha escrito “No Substitutions” (Sin Sustitución) en su receta de un medicamento de marca o un producto biológico original, o si nos ha informado la razón médica por la que ni el medicamento genérico, ni el producto biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo que surten el mismo efecto antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que requiramos que usted pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le surte efecto, cubriremos el medicamento B. Este requisito se llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web en

es.myuhc.com/CommunityPlan. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura debido

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

a alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros**.

Sección D **Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto**

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto en la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento quizás no esté en nuestra “Lista de Medicamentos”. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites de cobertura. Según se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que le receta podrían desear solicitarnos una excepción.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.

Sección D1 **Cómo obtener un suministro temporal**

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - Deja de estar en nuestra “Lista de Medicamentos” o
 - Nunca estuvo en nuestra “Lista de Medicamentos” o
 - Ahora tiene alguna limitación.
2. Su situación debe ser una de las siguientes:
 - Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
- Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
 - Podrían ocurrir transiciones imprevistas en cualquier momento, como altas del hospital (incluidos los hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (es decir, cambiar de centro de cuidado a largo plazo, ingresar a un centro de cuidado a largo plazo y salir de uno, terminar la cobertura de la Parte A dentro de un centro de enfermería especializada o terminar la cobertura de cuidados paliativos y volver a la cobertura de Medicare). Si le recetan un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o sus posibilidades de obtener sus medicamentos están restringidas de alguna manera, debe usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede pedir un suministro temporal por única vez de al menos 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la “Lista de Medicamentos” (formulario). Si su médico le emite su receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.

Sección D2 **Cómo solicitar un suministro temporal**

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro. Sus opciones son:

- Cambie el medicamento por otro.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que le surta efecto. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

O

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, pueden pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.

Sección D3 Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que usted toma se quita de la “Lista de Medicamentos” o se limita de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le avisamos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la manera en que usted quisiera.
- Respondemos a su solicitud de excepción en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra “Lista de Medicamentos” durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preaprobación (prior approval, PA) para un medicamento (permiso antes de poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (usted debe

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usted toma un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- Aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de nuestra “Lista de Medicamentos” actual, **o**
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- Se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra “Lista de Medicamentos”, usted siempre puede:

- Consultar nuestra “Lista de Medicamentos” actual en Internet en **es.myuhc.com/CommunityPlan** **o**
- Llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para consultar nuestra “Lista de Medicamentos” actual.

Algunos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos” suceden **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible.** A veces, aparece un nuevo medicamento genérico o versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca de nuestra “Lista de Medicamentos” actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca o el producto biológico original, y que agreguemos el nuevo medicamento genérico o versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico, pero su costo por el nuevo medicamento sigue siendo el mismo o será menor.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviamos información sobre el cambio específico una vez que lo hacemos.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitamos de la “Lista de Medicamentos”. Si usted está tomando el medicamento, le avisamos. El profesional que le receta se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en nuestra “Lista de Medicamentos” **o**
 - Cambiamos los límites o las reglas de cobertura del medicamento de marca

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra “Lista de Medicamentos” **o**
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra “Lista de Medicamentos” que usted puede tomar en su lugar **o**
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que usted paga por este durante el resto del año.

Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales

Sección F1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

Sección F2 **En un centro de cuidado a largo plazo**

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección F3 **En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare**

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrir los medicamentos.
- Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, usted puede pedir al profesional que le receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección G1 Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Tal vez no sean necesarios porque usted toma otro medicamento que surte el mismo efecto
- Tal vez no sean seguros para su edad o sexo
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- Tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

Sección G2 Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades complejas de salud. En tales casos, usted podría cumplir los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- Cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre sus medicamentos con receta y sin receta

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección G3 Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos de ciertas farmacias o ciertos médicos.
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviamos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o de una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

responder, le enviamos otra carta que confirma las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, si no está de acuerdo con que usted esté en riesgo debido al uso indebido de medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que le receta pueden presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones al acceso a estos medicamentos, automáticamente enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.)

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- Tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica,
- Está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o
- Vive en un centro de cuidado a largo plazo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus
medicamentos con receta de Medicare
y de DC Medicaid

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de DC Medicaid

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid

Dado que usted cumple los requisitos de DC Medicaid, recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Para obtener más información sobre medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- Nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos**.
 - La llamamos “Lista de Medicamentos”. Le explica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si usted necesita una copia de nuestra “Lista de Medicamentos”, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra “Lista de Medicamentos” en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/CommunityPlan**.
- El **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
 - Cuando usted usa la “Real Time Benefit Tool” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2 del Capítulo 5**), el costo que aparece es en “tiempo

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

real”, lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.

• Nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

- En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que han convenido trabajar con nosotros.
- **El Directorio de Proveedores y Farmacias** indica las farmacias de nuestra red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección A	La Explicación de Beneficios (EOB)	6-3
Sección B	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	6-3
Sección C	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	6-5
	Sección C1 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento ..	6-5
Sección D	Vacunas	6-5
	Sección D1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	6-6

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta.
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta, más lo que pagamos nosotros.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios (EOB)**. La Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen detalla qué medicamentos con receta usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros, así como lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando hay alternativas de menor costo disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Usted puede hablar con el profesional que le receta para saber más.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se toman en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra “Lista de Medicamentos”. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con y sin receta están cubiertos por DC Medicaid. Estos medicamentos se incluyen en la “Lista de Medicamentos”.

Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. **Use su UCard de Miembro.**

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Muestre su UCard de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

Las siguientes son algunas de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

4. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de Beneficios por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden con los medicamentos que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) o leer la **Guía para Miembros** de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Para obtener más información, puede acceder a la **Guía para Miembros** en nuestro sitio web **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

¿Qué puede hacer si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece estar bien en esta Explicación de Beneficios, llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

¿Qué se puede hacer ante un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben 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.
- También puede llamar a la Línea Directa para Denunciar Fraude del Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud de DC al **1-877-632-2873** para denunciar un presunto fraude contra Medicaid.

Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Guarde estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Sección C **Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo**

Con nuestro plan, usted no paga nada por medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas.

Sección C1 **Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento**

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros** o nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección D **Vacunas**

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

Sección D1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si planea recibir una vacuna.

Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre su vacuna

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	7-2
Sección B	Cómo enviarnos una solicitud de pago.....	7-5
Sección C	Decisiones de cobertura.....	7-6
Sección D	Apelaciones	7-6

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

No permitimos que los proveedores de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total del cuidado de la salud o de medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si pagó servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
- Si usted pagó servicios cubiertos por DC Medicaid que no están cubiertos por este programa (por ejemplo, algunos servicios para la salud del comportamiento en la comunidad), nosotros no podemos hacerle un reembolso, pero el proveedor sí lo hará. Servicio al Cliente o su coordinador del cuidado de la salud pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicio al Cliente al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud. Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió:

1. Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el total al momento de recibir el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si usted ya pagó más que su parte del costo por el servicio de Medicare, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. **Cuando un proveedor de la red le envía una factura**

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que usted muestre su UCard de miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Pero, en ocasiones, los proveedores cometen errores y le piden a usted que pague sus servicios o que pague más que su parte de los costos. **Llame a Servicio al Cliente** o a su coordinador del cuidado de la salud al número que se encuentra al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Como miembro del plan, usted solamente paga el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos a los proveedores que le facturen más que esta cantidad, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobraron por un servicio. Aunque decidamos no pagar algunos cargos, usted no los paga.
- Cuando reciba una factura de un proveedor de la red y usted piense que es por una cantidad mayor de la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y lo que debía pagar conforme a nuestro plan.

3. **Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva**

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso podría haber sido el año pasado.)

- Si se le inscribió retroactivamente y usted pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. **Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta**

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos. Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

5. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su UCard de miembro**

Si no lleva consigo su UCard de miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted tenga que pagar de su bolsillo el costo total del medicamento con receta o volver a la farmacia con su UCard de miembro.
- Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo.

6. **Cuando paga el costo total de un medicamento con receta que no está cubierto**

Es posible que pague el costo total de un medicamento con receta porque no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos) en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se aplica a su caso. Si usted decide obtenerlo, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si no lo paga, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente (en un plazo no mayor de 24 horas), pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunos casos, es posible que su médico u otro profesional que receta deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

7. **Cuando use sus beneficios de Cobertura Mundial de Servicios para Emergencias, de Servicios Requeridos de Urgencia Mundiales o de Transporte de Emergencia Mundial**

Usted pagará el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos en el momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nuestra parte, debe hacer lo siguiente:

- Pague su factura en el momento de recibirla. Nosotros le reembolsaremos la diferencia entre la cantidad de su factura y su costo compartido por los servicios, según lo descrito en el **Capítulo 4** de este documento.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Guarde todos sus recibos y envíenos copias al pedirnos que le hagamos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que usted o el proveedor que le prestó los servicios deban proporcionarnos más información para que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- Si se le pide que pague su factura por los servicios para emergencias mundiales y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos ayudarle a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, pagamos nuestra parte del costo.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Sección B **Cómo enviarnos una solicitud de pago**

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal.** Puede pedirle ayuda a su coordinador del cuidado de la salud.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (es.myuhc.com/CommunityPlan) o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

Optum Rx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Solicitudes de pago de reclamos médicos:

UnitedHealthcare
P.O. Box 5280
Kingston, NY 12402

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Sección C Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos lo que usted debe pagar, si corresponde.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo por nuestra parte del costo. Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos.

El **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

Sección D Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice “presentar una apelación”. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con lo que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**:

- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la **Sección G**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.....	8-3
Sección B	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	8-4
Sección C	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI).....	8-6
	Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal.....	8-6
	Sección C2 Su derecho a consultar sus registros médicos.....	8-7
Sección D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	8-15
Sección E	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	8-16
Sección F	Su derecho a dejar nuestro plan.....	8-16
Sección G	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.....	8-16
	Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	8-16
	Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo	8-17
	Sección G3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones.....	8-18
Sección H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	8-18

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección H1	Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	8-19
Sección I	Sus responsabilidades como miembro del plan	8-19

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se presten de una manera culturalmente competente y accesible para todos los miembros. También debemos informarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además de inglés y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a:

United Healthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted.

- Para que le proporcionemos información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente o a su coordinador del cuidado de la salud.
- Para mantener su información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y correspondencia, comuníquese con su coordinador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.
- Para cambiar su solicitud permanente de idioma o formato preferido, comuníquese con su administrador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Al Servicio de Apoyo de Medicaid Dual Choice al **1-202-442-9533**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- A la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección B Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.
 - Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente, o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber más sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- **Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención**
 - Si necesita hablar o hacer una consulta con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le indicará cómo proceder.
 - Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el **Capítulo 10** le indica qué puede hacer.
- Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es una aprobación de su proveedor de cuidado primario para usar otro proveedor. También tiene derecho a elegir un proveedor fuera de la red que participe en Medicare.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios dentro de un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.
- Usted tiene derecho a saber que, cuando habla con sus médicos y otros proveedores, la conversación es privada.
- Usted tiene derecho a que le expliquen una enfermedad o tratamiento en un idioma que

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

pueda entender.

- Usted tiene derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado, incluso el derecho a rehusarse a recibir tratamiento.
- Usted tiene derecho a recibir una explicación completa, clara y comprensible de las opciones de tratamiento y de los riesgos de cada opción para que pueda tomar una decisión informada.
- Usted tiene derecho a rehusarse a recibir tratamiento o cuidado.
- Usted tiene derecho a consultar y recibir una copia de sus registros médicos, y solicitar una enmienda o un cambio, si hay algo incorrecto.
- Usted tiene derecho a no ser objeto de ningún tipo de restricción ni reclusión usada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Usted tiene derecho a recibir acceso a servicios para el cuidado de la salud que estén disponibles y accesibles para usted oportunamente.
- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario o proveedor dental primario (primary dental provider, PDP) que cumpla los requisitos dentro de la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), y a cambiar el que ya tiene.
- Usted tiene derecho a presentar una queja formal sobre el cuidado que le proporcionaron y a recibir una respuesta.
- Usted tiene derecho a solicitar una apelación o una audiencia imparcial si cree que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) se equivocó al denegar, reducir o interrumpir un servicio o artículo.
- Usted tiene derecho a recibir Servicios y Suministros para la Planificación Familiar de parte del proveedor de su elección.
- Usted tiene derecho a obtener cuidado médico sin demoras innecesarias.
- Usted tiene derecho a recibir una segunda opinión de parte de un profesional de cuidado de la salud calificado dentro de la red o, si es necesario, a obtener una fuera de la red, sin costo para usted.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre las Instrucciones por Anticipado y elegir no recibir ningún tratamiento que mantenga la vida o no continuar con dicho tratamiento.
- Usted tiene derecho a recibir una copia del Directorio de Proveedores de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).
- Usted tiene derecho a continuar con el tratamiento que está recibiendo actualmente hasta que tenga un nuevo plan de tratamiento.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de traducción e interpretación sin cargo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Usted tiene derecho a rehusarse a recibir servicios de interpretación oral.
- Usted tiene derecho a recibir servicios de transporte sin cargo.
- Usted tiene derecho a obtener una explicación de los procedimientos de preautorización.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre la situación financiera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) y sobre cualquier método especial con el que paguemos a nuestros médicos.
- Usted tiene derecho a obtener resúmenes de las encuestas de satisfacción de los clientes.
- Usted tiene derecho a recibir la norma “Dispense as Written” (Dispensar tal como se Indica) de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) para los medicamentos con receta.
- Usted tiene derecho a recibir una lista de todos los medicamentos cubiertos.
- Usted tiene derecho a ser tratado con respeto y con la debida consideración por su dignidad y derecho a la privacidad.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.

El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos dentro de un plazo razonable. También explica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección C Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal según lo exigen las leyes federales y del Distrito. Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización consulte ni modifique sus registros.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, **primero debemos obtener su permiso por escrito**. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar información de salud personal por orden judicial.
- Debemos dar su información de salud personal a Medicare y a DC Medicaid. Si Medicare o DC Medicaid divulgan su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, lo hacen según las leyes federales.

Sección C2 **Su derecho a consultar sus registros médicos**

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboramos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información de salud personal con terceros y de qué manera lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted para su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso actual.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud y los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Responder a una Orden Judicial o una Citación Legal,** por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad o condición médica. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968** o al TTY/RTT **711**.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹ Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2024

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-842-4968** o al TTY/RTT **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

²A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

© 2024 United HealthCare Services, Inc.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Sección D Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicio al Cliente. Este servicio es gratuito para usted en otros idiomas. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar un plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera
 - Cómo nos han calificado los miembros del plan
 - El número de apelaciones presentadas por los miembros
 - Cómo dejar nuestro plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario
 - Títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Guía para Miembros**) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5** de su **Guía para Miembros**) cubiertos por nuestro plan
 - Límites en su cobertura y sus medicamentos
 - Reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**), lo que incluye pedirnos que:
 - Pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que tomamos
 - Paguemos una factura que usted recibió

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección E Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que cobraron los proveedores. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

Sección F Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** de su **Guía para Miembros**:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de DC Medicaid si deja nuestro plan.

Sección G Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que le ayude a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Debemos informarle por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Negarse.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga.
Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que generalmente no cubrimos.** A esto se le llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Sección G2 **Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo**

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted.**
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluso sobre el cuidado que usted **no** desea.

El documento legal que usted usa para dar las instrucciones se llama “instrucciones por anticipado”. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

Usted no está obligado a tener instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo. Si desea usar instrucciones por anticipado, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle el formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Usted puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir los formularios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su proveedor de cuidado primario, le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento.** Debería entregarle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, **lleve una copia con usted al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre las instrucciones por anticipado y elegir no recibir ningún tratamiento que mantenga la vida o no continuar con dicho tratamiento.
- Pedir que se incluyan sus instrucciones por anticipado en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones por anticipado en cualquier momento.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Sección G3 **Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones**

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante DC Health por teléfono al **1-877-672-2174**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:15 a.m. a 4:45 p.m.

Sección H **Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones**

El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan presentaron contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para obtener esta información.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección H1 **Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos**

Si usted cree que le tratamos injustamente — y no es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el **Capítulo 11** de su **Guía para Miembros** — o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar:

- A Servicio al Cliente.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-727-8370**. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2**.
- A la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos al **1-202-724-7491**. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.
- 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**. (También puede leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)
- Al Servicio de Apoyo de Medicaid Dual Choice al **1-202-442-9533**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Sección I **Sus responsabilidades como miembro del plan**

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer la Guía para Miembros** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Guía para Miembros**. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su **Guía para Miembros**.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., 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).

- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su UCard de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Tratar con respeto y dignidad a quienes le proporcionan su cuidado.**
- **Seguir las reglas del Programa District Dual Choice y de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).**
- **Ir a las citas programadas.**
- **Avisarle a su médico al menos 24 horas antes de la cita si debe cancelarla.**
- **Pedir que se le explique mejor** si no entiende las instrucciones de su médico.
- **Ir a la Sala de Emergencias únicamente si tiene una emergencia médica.**
- **Informar a su proveedor de cuidado primario o proveedor dental primario sobre los problemas médicos o personales que puedan afectar a su salud.**
- **Tratar de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento.**
- **Ayudar a su médico** a obtener registros médicos de proveedores que le hayan tratado en el pasado.
- **Informar a UnitedHealthcare Community Plan si se lesionó como resultado de un accidente o en el trabajo**
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
 - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - Para algunos de sus apoyos y servicios a largo plazo o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo al momento de obtener el medicamento o servicio. El **Capítulo 6** indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Avisarnos si se muda.** Si planea mudarse, avisenos inmediatamente. Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de su **Guía para Miembros** explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si usted se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nuevo sitio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe su nueva dirección a Medicare y a DC Medicaid cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros** para ver los números de teléfono de Medicare y de DC Medicaid.
 - **Si se muda, pero sigue estando dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud	9-4
	Sección A1 Información sobre los términos legales.....	9-4
Sección B	Dónde recibir ayuda.....	9-4
	Sección B1 Para obtener más información y ayuda.....	9-4
Sección C	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de DC Medicaid en nuestro plan.....	9-5
Sección D	Problemas con sus beneficios.....	9-6
Sección E	Decisiones de cobertura y apelaciones	9-6
	Sección E1 Decisiones de cobertura.....	9-6
	Sección E2 Apelaciones	9-7
	Sección E3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	9-7
	Sección E4 Qué sección de este capítulo puede ayudarle	9-8

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección F	Cuidado médico.....	9-9
	Sección F1	Cómo usar esta sección 9-9
	Sección F2	Cómo solicitar una decisión de cobertura 9-10
	Sección F3	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1..... 9-12
	Sección F4	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2..... 9-17
	Sección F5	Problemas de pago..... 9-20
Sección G	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	9-22
	Sección G1	Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare 9-22
	Sección G2	Excepciones de la Parte D de Medicare 9-24
	Sección G3	Información importante sobre la solicitud de una excepción 9-25
	Sección G4	Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción..... 9-26
	Sección G5	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1..... 9-28
	Sección G6	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2..... 9-31
Sección H	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....	9-33
	Sección H1	Cómo se enterará de sus derechos de Medicare 9-33
	Sección H2	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1..... 9-34
	Sección H3	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2..... 9-36
	Sección H4	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1..... 9-37
	Sección H5	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2..... 9-38
Sección I	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....	9-39
	Sección I1	Aviso antes de que termine su cobertura..... 9-39
	Sección I2	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1..... 9-39
	Sección I3	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2..... 9-41
	Sección I4	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1..... 9-42

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

	Sección I5	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2.....	9-43
Sección J	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	9-44	
	Sección J1	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	9-44
	Sección J2	Apelaciones adicionales de DC Medicaid.....	9-45
	Sección J3	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	9-45
Sección K	Cómo presentar una queja	9-47	
	Sección K1	Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas	9-47
	Sección K2	Quejas internas.....	9-48
	Sección K3	Quejas externas.....	9-50

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A **Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud**

Este capítulo explica cómo resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted debe usar depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Para asegurar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

Sección A1 **Información sobre los términos legales**

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación rápida”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

Sección B **Dónde recibir ayuda**

Sección B1 **Para obtener más información y ayuda**

A veces, es complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga la información necesaria para dar el próximo paso.

Ayuda de parte del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC. Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer con respecto a su problema. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

con asesores capacitados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC es el **1-202-727-8370**.

Ayuda e información de parte de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar 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**.
- Visitar el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**).

Ayuda e información de parte del Servicio de Apoyo de DC Medicaid Dual Choice

Para obtener más información, puede comunicarse con la línea del Servicio de Apoyo de Dual Choice de DC Medicaid al **1-202-442-9533**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m. También puede enviar un correo electrónico a **DualChoice@dc.gov**.

Ayuda de parte de la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos

Puede comunicarse con el programa del Ombudsman al **1-202-724-7491**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m. También puede enviar un correo electrónico a **healthcareombudsman@dc.gov**.

Ayuda de parte de la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (LTC) de DC

Puede comunicarse con el programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care, LTC) al **1-202-434-2190** o por correo electrónico a **DCOmbuds@aarp.org**. Las llamadas y los correos electrónicos se responden en un plazo no mayor de 24 horas o al día hábil siguiente.

Sección C Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de DC Medicaid en nuestro plan

Usted tiene Medicare y DC Medicaid. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y de DC Medicaid. A veces, se le llama “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de DC Medicaid.

En ocasiones, los procesos de Medicare y de DC Medicaid no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de DC Medicaid. La **Sección F4** explica estas situaciones.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección D Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura? Esto incluye los problemas sobre si el cuidado médico en particular (artículos o servicios médicos, o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, y la manera en que está cubierto, así como los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.	
Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura. Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	No. Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura. Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

Sección E Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago).

Sección E1 Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le refiere a un especialista médico fuera de la red, esta referencia se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso (consulte la **Sección H del Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.)

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que usted cree que necesita. **Si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que ya no se lo cubre Medicare ni DC Medicaid. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Sección E2 Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Los revisores que se encargan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio médico, o un medicamento de la Parte B de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

Sección E3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- A **Servicio al Cliente** a los números que se encuentran al final de la página.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-727-8370**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **A su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **A un amigo o un familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **A un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica.
- **A la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos al 1-202-724-7491.**
- **A la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de DC al 1-202-434-2190.**

Llene el formulario de Nombramiento de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a una persona a actuar por usted.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”. También puede obtener el formulario en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en nuestro sitio web es.myuhc.com/CommunityPlan. **Debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

Sección E4 **Qué sección de este capítulo puede ayudarle**

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos información detallada de cada una en una sección aparte de este capítulo.

Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solamente se aplica a los siguientes servicios: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF].)

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede recibir ayuda o información de parte de organizaciones del gobierno, como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

Sección F Cuidado médico

Esta sección explica lo que usted puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado.

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado y servicios médicos, que se describen en el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**. Generalmente, nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico” en el resto de esta sección. El término “cuidado médico” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, que son medicamentos administrados por su médico o profesional de cuidado de la salud. Se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Sección F1 Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que cubríamos, y desea que le hagamos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de cierto cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si la cobertura es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para saber más.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura de cierto cuidado médico, use esta sección (**Sección F**) como guía.

Sección F2 **Cómo solicitar una decisión de cobertura**

Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono: **1-866-242-7726**, TTY: **711**.
- Por fax: **1-888-950-1169**
- Por escrito:

United Healthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Si presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación rápida**”.

Si necesita que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.
- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud** o perjudicar su capacidad funcional.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones.

- Si **Denegamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen:

- Si la solicitud está incompleta,
- Si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o
- Si usted pide que se la retire.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

Sección F3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

Para solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, escríbanos o llámenos al **1-866-242-7726**, TTY **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita que un artículo o servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que usted deba nombrarle como su representante para que actúe en nombre de usted.
- Si la persona que presenta la apelación por usted no es su médico, incluya un formulario de Nombramiento de un Representante que le autorice a representarle. Puede obtener el formulario en cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en nuestro sitio web es.myuhc.com/CommunityPlan.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración rápida**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una apelación rápida.

Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una apelación rápida, se la concedemos automáticamente.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

- Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que interrumpiremos o reduciremos los artículos o servicios que usted ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un artículo o servicio que usted recibe, le enviamos un aviso antes de entrar en acción.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una Apelación de Nivel 1 en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
 - Si usted cumple este plazo, recibirá el artículo o servicio sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar usted mismo una solicitud de Nivel 2 — Audiencia Imparcial ante el Distrito en cuanto venza el plazo. En el Distrito, las Audiencias Imparciales se presentan ante la Oficina de Audiencias Administrativas del Distrito. Usted debe solicitar su Audiencia Imparcial en un plazo no mayor de 90 días calendario desde la fecha de la decisión de Nivel 1 de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).
- Si desea seguir recibiendo el beneficio durante su Audiencia Imparcial o apelación, debe solicitar la Audiencia Imparcial en un plazo no mayor de 10 días calendario desde la fecha del matasellos del Aviso de Resolución de Apelación de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) o antes de la fecha de vigencia prevista de la resolución propuesta por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) (en otras palabras, cuando el beneficio se interrumpirá) — lo que sea posterior.
- Para presentar una solicitud de Audiencia Imparcial, llame al **1-202-442-9094** o escriba a District of Columbia Office of Administrative Hearings, Clerk of the Court, 441 4th Street, NW, Room N450 Washington, DC 20001.
- **Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no obtuvo, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta en ese plazo o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2.
 - Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar usted mismo una solicitud de Nivel 2 – Audiencia Imparcial ante el Distrito en cuanto venza el plazo. En el Distrito, las Audiencias Imparciales se presentan ante la Oficina de Audiencias Administrativas del Distrito. Usted debe solicitar su Audiencia Imparcial en un plazo no mayor de 90 días calendario desde la fecha de la decisión de Nivel 1 de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).
 - Si desea seguir recibiendo el beneficio durante su Audiencia Imparcial o apelación, debe solicitar la Audiencia Imparcial en un plazo no mayor de 10 días calendario desde la fecha del matasellos del Aviso de Resolución de Apelación de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) o antes de la fecha de vigencia prevista de la resolución propuesta por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) (en otras palabras, cuando el beneficio se interrumpirá) – lo que sea posterior.
 - Para presentar una solicitud de Audiencia Imparcial, llame al **1-202-442-9094** o escriba a District of Columbia Office of Administrative Hearings, Clerk of the Court, 441 4th Street, NW, Room N450 Washington, DC 20001.

Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 30 días calendario o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de DC Medicaid, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección F4 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, DC Medicaid o ambos programas habitualmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre DC Medicaid, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podrían cubrir **tanto Medicare como DC Medicaid**, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el Distrito.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre DC Medicaid, sus beneficios por ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicare

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” (“**IRE**”).

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió la compañía para que sea la Organización de Revisión Independiente, y Medicare supervisa el trabajo que esta realiza.
- Enviamos información sobre su apelación (el “expediente de su caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue rápida en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue estándar en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, debemos:
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas**, o
 - Prestar el servicio en un plazo no mayor de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar, o**
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **En un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar, o**
 - **En un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.
 - Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles.
 - Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicaid, o que está cubierto tanto por Medicare como por DC Medicaid

Una Apelación de Nivel 2 por los servicios que habitualmente cubre DC Medicaid es una Audiencia Imparcial ante el Distrito. En el Distrito, las Audiencias Imparciales se presentan ante la Oficina de Audiencias Administrativas del Distrito. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo no mayor de 90 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nuestra parte le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Acepta** de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, debemos autorizarlo o prestarlo **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Deniega** de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente o la oficina de Audiencias Imparciales deciden **Denegar** de manera total o parcial su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la **Organización de Revisión Independiente**, usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.**

La carta que usted recibe de la oficina de Audiencias Imparciales describe la siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección J**.

Sección F5 Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

No podemos reembolsarle directamente el costo de un servicio o artículo de Medicaid que no esté cubierto por este programa (por ejemplo, algunos servicios para la salud del comportamiento en la comunidad). Si recibe una factura por una cantidad mayor que su copago por servicios y artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. No debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso de parte de ese proveedor de cuidado de la salud si usted siguió las reglas para recibir los servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos el costo de un servicio o artículo de **Medicare**, o si nos pide que le paguemos a un proveedor de cuidado de la salud por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos nuestra parte del costo del servicio o artículo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si usted aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de una decisión de cobertura ha sido **Aceptada**.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o artículo, y para explicarle por qué.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si **Denegamos** su apelación y **Medicare** habitualmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si esto ocurre, le enviaremos una carta.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si **Aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo no mayor de 60 días calendario.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”. Usted recibirá una carta que le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección J**.

Si **Denegamos** su apelación y DC Medicaid habitualmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información, consulte la **Sección F4**.

Sección G Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que DC Medicaid podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid, siga el proceso de la **Sección E** en la página **9-6**.

Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección G1 Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare

A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

-
- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - Cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan o
 - No apliquemos una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como los límites sobre la cantidad que usted puede obtener)
 - Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**determinación de cobertura**”.

-
- Nos pide que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra “Lista de Medicamentos” y cree que usted cumple las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)
Comience con la Sección G2 ; luego consulte las Secciones G3 y G4.	Consulte la Sección G4.	Consulte la Sección G4.	Consulte la Sección G5.

Sección G2 Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deben explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir que cubramos un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos” o que eliminemos una restricción a un medicamento a veces se dice solicitar una “**excepción al formulario**”.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos”

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra “Lista de Medicamentos”, usted paga el copago que se aplica a todos nuestros medicamentos.
- Usted no puede obtener una excepción al copago requerido por el medicamento.

2. Eliminar una restricción a un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra “**Lista de Medicamentos**” (consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros** para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra preaprobación antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. A veces, a esto se le llama “preautorización (PA)”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones a la cantidad que usted puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción en su caso y no aplicar una restricción, usted puede solicitar una excepción al copago que debe pagar.

Sección G3 Información importante sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra “Lista de Medicamentos” suele incluir más de un medicamento para tratar una condición específica. Se les llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo surte exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Podemos Aceptar o Denegar su solicitud.

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección G4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitar una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También pueden informarnos al respecto por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

-
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
-

Una “decisión de cobertura rápida” se llama “**determinación de cobertura rápida**”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se vería gravemente afectada si usamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la concedemos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta, decidimos si se la concedemos.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta para informárselo. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted no obtuvo

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le hacemos un reembolso en un plazo no mayor de 14 días calendario.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Sección G5 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare se llama “**redeterminación**” del plan.

- Para iniciar su **apelación estándar** o **rápida**, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama “**redeterminación rápida**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no obtuvo, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información, consulte la **Sección G4**.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y examinamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
 - Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si usted no obtuvo el medicamento y si su condición de salud lo requiere. Si usted cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar con la rapidez que requiera su salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos pagarle en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección G6 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usa el proceso de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando **Denegamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” (“**IRE**”).

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones explican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama “expediente de su caso”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si esta acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la organización **Acepta** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **En un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- **En un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su apelación por el reembolso del costo de un medicamento que usted compró.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide alcanza un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide es menor que el mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es final. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta que le informa cuál es el valor monetario mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple el requisito, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Debe consultar la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección H Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudan con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su **“fecha de alta”**.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección H1 Cómo se enterará de sus derechos de Medicare

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregarán un aviso por escrito llamado **“Mensaje Importante de Medicare”**. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se les admite en un hospital.

Si usted no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede llamar 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**.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
- Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
- Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto. Es una manera formal y legal de pedir que se aplase su fecha de alta para que cubramos su cuidado hospitalario durante más tiempo.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o la persona que actúe en nombre de usted pueden firmar el aviso.
 - La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información sobre sus derechos. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, obtendrá otra copia antes de ser dado de alta.

Puede ver una copia del aviso por adelantado si:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página
- 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**.
- Visite **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI**.

Sección H2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos verifican la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios de Medicare y ayudan a mejorarla. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

En el Distrito, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es Livanta BFCC-QIO. Llame al **1-888-396-4646**. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” y en el **Capítulo 2**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, a la medianoche de su fecha de alta programada.

- **Si usted llama antes de dejar el hospital**, puede quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que pague todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.
- **Si se le pasa el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, apele directamente ante nuestro plan en su lugar. Consulte la **Sección G4** para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-727-8370**.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta programada. La carta también le explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de alta es médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o 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**.) También puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

En un plazo no mayor de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Usted tendrá que seguir pagando su parte de los costos (por ejemplo, deducibles o copagos, si corresponde). Además, es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- **Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará** al mediodía del día **siguiente** a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- **Es posible que usted tenga que pagar el costo total** del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 1 **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada.

Sección H3 **Cómo presentar una Apelación de Nivel 2**

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-396-4646**. Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección H4 Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

El plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para una Apelación de Nivel 1 es de 60 días o termina a más tardar en su fecha de alta del hospital programada. Si se le pasa el plazo de la Apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y solicítenos una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” es “**apelación rápida**”.

- Examinamos toda la información sobre su estadía en el hospital.
- Verificamos que la primera decisión haya sido imparcial y haya seguido las reglas.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar y le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas desde el momento en que usted solicitó una revisión rápida.

Si **Aceptamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo con que usted necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

Si **Denegamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo con que su fecha de alta programada era médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina en la fecha que le dijimos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada si usted se quedó en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para garantizar que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

Sección H5 Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de **Denegar** su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no tiene que hacer nada.

Si piensa que no cumplimos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Examina detenidamente toda la información sobre su alta del hospital y generalmente le da una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con que su fecha de alta del hospital programada fue médicamente apropiada.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección I Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata de tres tipos de servicios que usted podría estar recibiendo:

- Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- Cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.

Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección I1 Aviso antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “**Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**”. El aviso le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección I2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
 - Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-727-8370**.
- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y cómo comunicarse con esta.
 - Pídale que revise su apelación y decida si debería cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación de tramitación rápida”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el **“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”** que le enviamos.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información detallada sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o 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**. U obtenga una copia en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/**.

Qué sucede durante una apelación de tramitación rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

-
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
 - Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que termina la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.
-

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura**”.

- Los revisores le comunican su decisión en un plazo no mayor de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga de su bolsillo el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios después de la fecha en que termine su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección I3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-396-4646**, TTY **1-888-985-2660**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si continúa con el cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Proporcionaremos cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y se pueden aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección I4 **Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1**

Según se explica en la **Sección I2**, usted debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su Apelación de Nivel 1. Si se le pasa el plazo, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y solicítenos una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” es “**apelación rápida**”.

- Examinamos toda la información sobre su caso.
- Verificamos que la primera decisión haya sido imparcial y haya seguido las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura de sus servicios.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar y le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas desde el momento en que usted solicitó una revisión rápida.

Si **Aceptamos** su apelación rápida:

- Aceptamos que usted necesita los servicios durante más tiempo.
- Le prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Aceptamos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

Si **Denegamos** su apelación rápida:

- Nuestra cobertura de estos servicios termina en la fecha que le dijimos.
- No pagaremos ninguna parte de los costos después de esta fecha.
- Usted paga el costo total de estos servicios si sigue recibéndolos después de la fecha en que le dijimos que nuestra cobertura terminaría.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para garantizar que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

Sección I5 Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2:

- Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de denegar su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no tiene que hacer nada.
- Si piensa que no cumplimos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.
- La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Examina detenidamente toda la información sobre su alta del hospital y generalmente le da una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección J Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección J1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no alcanza un cierto valor monetario mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente sobre su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si el Consejo **Acepta** su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud de revisar la decisión de una Apelación de Nivel 3 que es favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **Deniega** nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

Sección J2 Apelaciones adicionales de DC Medicaid

Si su apelación es sobre servicios o artículos que habitualmente cubre DC Medicaid, usted también tiene otros derechos de apelación. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección J3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede serle útil si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección K Cómo presentar una queja

Sección K1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado de la salud y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Usted piensa que le están forzando a dejar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia en otros idiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o español). • Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene problemas para hacer una cita o espera demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación. • Usted piensa que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos. • Usted piensa que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.

Hay diferentes clases de quejas. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726** si se trata de quejas internas o a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** si se trata de quejas externas.

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

Sección K2 Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, usted debe presentarla **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Cuando usted presente una queja, la trataremos lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomarnos 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.
- Si su queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. Si no aceptamos de manera total o parcial su queja, nuestra decisión por escrito explicará por qué no la aceptamos y le informará las opciones que usted pueda tener. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el **Capítulo 2** en “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico” O en “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal rápida”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo no mayor de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo aproximado en el que recibirá la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección K3 Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Queja de Medicare está disponible en es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. No es necesario que usted presente una queja ante UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está tratando su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Medicaid

Puede informar a Medicaid sobre su queja. Para ello, llame al Servicio de Apoyo de Dual Choice al **1-202-442-9533**. Los usuarios de TTY pueden marcar el **711**. También puede enviar un correo electrónico a DualChoice@dc.gov.

Además, puede presentar una queja ante la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos por teléfono al **1-202-724-7491**. Los usuarios de TTY pueden marcar el **711**.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, puede visitar hhs.gov/ocr.

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local:

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

HHS Headquarters
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 2020

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA). Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, colaboramos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la

Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.

En el Distrito, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta BFCC-QIO. El número de teléfono de Livanta BFCC-QIO es el **1-888-396-4646**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en el plan

Introducción

Este capítulo explica cómo usted puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y DC Medicaid siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan.....	10-2
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	10-3
Sección C	Cómo recibir los servicios de Medicare y de DC Medicaid por separado.....	10-3
	Sección C1 Sus servicios de Medicare.....	10-4
	Sección C2 Sus servicios de DC Medicaid.....	10-6
Sección D	Sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	10-7
Sección E	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan.....	10-7
Sección F	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	10-8
Sección G	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	10-8
Sección H	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan	10-8

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A **Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan**

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene DC Medicaid, 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**:

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

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

- 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 (MA)**, 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 muda fuera de nuestra área de servicio,
- Sus requisitos de participación en DC Medicaid o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado, o
- 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.
- Si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Su membresía termina el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura de nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

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

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo puede terminar su membresía, puede llamar:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- A Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. También se indica el número para los usuarios de TTY.
- 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**.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-727-8370**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

NOTA: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección B **Cómo terminar su membresía en nuestro plan**

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no eligió un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay tres maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentar una solicitud por escrito ante nosotros o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción por Internet. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- 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 (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la página 10-4.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-727-8370**, TTY **711**. En la Sección C a continuación, se incluyen los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, con lo que también terminará su membresía en nuestro plan.

Sección C **Cómo recibir los servicios de Medicare y de DC Medicaid por separado**

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid si decide dejar nuestro plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección C1 Sus servicios de Medicare

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

<p>1. Puede cambiarse a: Otro plan de salud de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</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 tiene consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al 1-202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información, visite dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comienza la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente.</p> <p>Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.</p>
---	--

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., 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</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</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">• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al 1-202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información, visite dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling. <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente.</p> <p>Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.</p>
--	---

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</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 o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC al 1-202-727-8370, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</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">• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al 1-202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información, visite dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling. <p>Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente.</p> <p>Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.</p>
---	---

Sección C2 Sus servicios de DC Medicaid

Cuando cambia su inscripción en el programa Dual Choice, cambian sus opciones de cobertura de Medicare y de Medicaid. Si decide cambiar su cobertura de Medicare por alguna de las opciones de la **Sección C1 del Capítulo 10** anterior, se le inscribirá en Medicaid sobre la base de una tarifa por servicio.

Si necesita ayuda o más información sobre cómo recibir sus servicios de DC Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con:

- El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-727-8370**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información, visite **dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling**.

El Servicio de Apoyo de Dual Choice al **1-202-442-9533**, TTY **711**, de 9 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes, **dhcf.dc.gov/**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección D Sus servicios médicos y medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase cierto tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid. Durante este tiempo, usted sigue recibiendo el cuidado de su salud y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que termina su membresía en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

Sección E Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan

Debemos terminar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted deja de calificar para Medicaid. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si no paga su excedente en gastos médicos, si corresponde.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si donde se mudará o viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Podemos obligarle a dejar nuestro plan por los siguientes motivos solamente si recibimos primero el permiso de Medicare y de Medicaid:

- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su UCard de miembro para recibir cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si terminamos su membresía por este motivo.)
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

Sección F **Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud**

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si usted piensa que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección G **Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan**

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Además, puede consultar el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Sección H **Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Aviso sobre las leyes	11-2
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación.....	11-2
Sección C	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y DC Medicaid como pagador de último recurso.....	11-2
Sección D	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	11-3
Sección E	Responsabilidad civil del miembro	11-4
Sección F	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	11-4
Sección G	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil.....	11-5
Sección H	Motivos de fuerza mayor.....	11-5
Sección I	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes	11-6
Sección J	Evaluación de la tecnología	11-6
Sección K	Declaraciones del miembro	11-6
Sección L	Información disponible a solicitud.....	11-7
Sección M	Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2024	11-7
Sección N	Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red	11-8

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección A Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para Miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si la **Guía para Miembros** no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y DC Medicaid. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y del Distrito.

Sección B Aviso sobre antidiscriminación

No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, convicciones morales, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Debemos obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local.
U.S. Dept. of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección C Aviso sobre Medicare como segundo pagador y DC Medicaid como pagador de último recurso

A veces, un tercero debe pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y normas federales y del Distrito relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios para el cuidado de la salud prestados a los miembros, que incluyen la Sección 1902(a)(25) de la Ley del Seguro Social, el Subapartado D de la Parte 433 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) y la Ley de Reembolso de Asistencia de Cuidado de la Salud de 1984 (Ley de DC 5-86: Sección 3-501 y siguientes del Código de DC). Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que DC Medicaid sea el pagador de último recurso.

Sección D Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que la haya causado, debe notificarnos rápidamente dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta que establece lo que pagamos por los servicios que se prestaron en relación con la enfermedad o lesión. Si usted recupera una cantidad cualquiera de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa recuperación por los pagos que realizamos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

1. **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que el total restituido recibido de un tercero (la “cantidad restituida”), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a. **Primero:** Determine el índice de los costos de adquisición en relación con la cantidad restituida (el término “costos de adquisición” significa los gastos y costos legales en los que se incurrió para llegar a un acuerdo o fallo).
 - b. **Segundo:** Aplique el índice calculado anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
 - c. **Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El saldo es lo que debe reembolsarnos.
2. **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, lo que debe reembolsarnos es el total restituido menos el total de los costos de adquisición.
3. **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a hacernos el reembolso.** Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opone a hacernos el reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- a. los pagos que realizamos en nombre de usted por los servicios; o
- b. la cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta otorgarnos una cesión y un reclamo y un derecho de retención de cualquier cantidad restituida mediante una satisfacción de deuda, fallo o veredicto. Es posible que le exijamos oficiar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la cesión, el reclamo o el derecho de retención para constatar nuestro derecho a un reembolso, y usted acepta hacerlo.

Sección E Responsabilidad civil del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de proveedores de la red por servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos.

Usted será responsable si recibe servicios de proveedores fuera de la red sin una autorización. Ni el plan, ni Medicare ni DC Medicaid pagarán esos servicios, excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio durante un viaje (se debe recibir en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red, ni el plan, ni Medicare ni DC Medicaid pagarán esos servicios.

Sección F Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios conforme a Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia se consideran apropiadas para el servicio, en términos de si el servicio:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

1. Se presta según los estándares de la medicina aceptados para el diagnóstico o el tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
2. Se presta en un centro apropiado para la condición y las necesidades médicas del paciente;
3. Es indicado y prestado por personal calificado;
4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección G Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir el pago proveniente de la cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos de dicha cobertura cuando esté disponible. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos pedir un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o del Distrito. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para el cuidado de la salud excede dicha cobertura. Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para que obtengamos el pago de la compañía de seguros de su cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.

Sección H Motivos de fuerza mayor

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores no están a su disposición para prestar los servicios de salud o hacer los arreglos necesarios para que sean prestados conforme a esta **Guía para Miembros** y Divulgación de Información, intentaremos hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos en la medida en que sea factible y según nuestro

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendremos ninguna responsabilidad civil ni obligación por no prestar los servicios cubiertos o no hacer los arreglos necesarios para que sean prestados, o por demorarnos en hacerlo si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección I Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre nosotros y los proveedores y hospitales de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados ni agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas.

Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas somos empleados ni agentes de los proveedores u hospitales de la red.

Sección J Evaluación de la tecnología

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para los Miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para comenzar a ser Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier Copago, Coseguro y deducible del Miembro u otras contribuciones de pago que correspondan. Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un Miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del Miembro en particular, la revisión de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

Sección K Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán afirmaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta **Guía para Miembros**, ni se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Sección L Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección M Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2024

Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2024

El fraude es un asunto serio. ¿Qué es el fraude? El fraude consiste en hacer declaraciones o afirmaciones falsas de hechos importantes para obtener algún beneficio o pago al que, de lo contrario, no se tendría derecho. Un ejemplo de fraude en el caso de los miembros es declarar falsamente que viven en el Distrito cuando viven fuera de los límites del District of Columbia.

Cómo puede combatir el fraude relacionado con el cuidado de la salud

Nuestra compañía tiene el compromiso de prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso en los programas de Medicare y Medicaid y, para eso, le pedimos su ayuda. Si usted identifica un posible caso de fraude, avísenoslo inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude:

- Un proveedor de cuidado de la salud—como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos médicos—le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un distribuidor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Si usted sospecha de fraude o de cualquier uso indebido de servicios, avísenos. No es obligatorio que se identifique ni que dé su nombre. Si desea obtener más información sobre qué es el fraude, visite el sitio web de UnitedHealthcare Community Plan en <https://uhc.com/fraud>. Para denunciar fraude, llame a la Línea Directa de Cumplimiento de UnitedHealthcare Community Plan, **1-844-359-7736**, o llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude del Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud de DC al **1-877-632-2873**.

Esta línea directa le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza de que nuestra organización no tomará ninguna medida en contra de usted por denunciar de buena fe un posible caso de fraude.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) por teléfono al **1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)** o directamente ante el programa Medicare si llama al **1-800-633-4227**. El número de fax de Medicare es el **1-717-975-4442** y el sitio web es es.medicare.gov.

Sección N Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red

Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones:

1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de denegación de la cobertura;
2. No ofrecen incentivos a médicos ni a otros profesionales de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y
3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda su **Guía para Miembros**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de beneficios de medicamentos con receta: Organización externa de medicamentos con receta responsable de procesar y pagar reclamos de medicamentos con receta, desarrollar y mantener el formulario, y negociar descuentos y reembolsos con fabricantes de medicamentos.

Apelación: Manera en la que usted cuestiona nuestra forma de actuar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Apoys y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS): Ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los Apoys y Servicios a Largo plazo incluyen Servicios en la Comunidad y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF). Los Apoys y Servicios a Largo Plazo están disponibles para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros. Para obtener más información sobre los Apoys y Servicios a Largo Plazo, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que pidió.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o de un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cargo de Suministro: Cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. El cargo de suministro cubre costos como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros** explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Clínica sin previa cita: Sitio donde los proveedores generalmente atienden sin requerir una cita y que puede ser un sitio independiente o estar ubicado en un supermercado, una farmacia o una tienda minorista. Los servicios de las Clínicas Sin Previa Cita están sujetos al mismo costo compartido que los Centros de Cuidado de Urgencia. (Consulte la Tabla de Beneficios en el **Capítulo 4**.)

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa las apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador del cuidado de la salud: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Copago: Cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos con receta. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por servicios o un medicamento con receta.

Coseguro: Lo que posiblemente tenga que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta. Como miembro, usted no tiene coseguro, pero debe seguir pagando las primas de Medicare, si tiene Medicare.

Costo compartido: Lo que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos servicios o medicamentos con receta. El costo compartido incluye los copagos.

Cuidado de asistencia médica a domicilio: Cuidado de enfermería especializada y ciertos otros servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en la Tabla de Beneficios Médicos de la **Sección D del Capítulo 4** bajo el título “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”. Si usted necesita servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio, nuestro plan los cubrirá siempre que se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare o de DC Medicaid. El cuidado de asistencia médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio si los servicios forman parte del plan de cuidado de asistencia médica a domicilio indicado para su enfermedad o lesión. No están cubiertos, a menos que usted también reciba un servicio especializado cubierto. Los servicios de asistencia médica a domicilio generalmente no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos para servicios de alimentos ni el cuidado de enfermería de tiempo completo en el domicilio.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Cuidado requerido de urgencia: Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Usted puede recibir cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red a su disposición o cuando usted no pueda visitarlos.

Cuidados paliativos: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Un pronóstico terminal se refiere a que una persona tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Cuidados paliativos: Una manera especial de cuidar a personas que tienen una enfermedad terminal y de proporcionar asesoramiento a sus familiares. Los cuidados paliativos consisten en cuidados físicos y asesoramiento a cargo de un equipo de personas que forman parte de una compañía privada o una agencia pública certificadas por Medicare. Según la situación, estos cuidados pueden prestarse en el domicilio, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados paliativos tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida al aliviar el dolor y dar comodidad.

El enfoque se centra en cuidar al paciente, no en curarle. Para obtener más información sobre los cuidados paliativos, visite [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) y, en “Herramientas de búsqueda”, elija “Buscar una publicación de Medicare” para ver o descargar la publicación “Medicare y los Beneficios de Hospicio”. O llame al **1-800-633-4227**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

DC Medicaid: Este es el nombre del programa de Medicaid del District of Columbia (el Distrito). DC Medicaid es administrado por el Distrito y lo pagan el Distrito y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

- Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según la jurisdicción, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos.

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Deducible: Lo que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que pague nuestro plan. Como miembro, usted no tiene ningún deducible.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o limitación grave de una función corporal (y, si está embarazada, la pérdida de un feto). Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor grave o una condición médica que está empeorando rápidamente.

Equipo de cuidado de la salud: Consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT) (o Equipo de cuidado de la salud): Un equipo de cuidado de la salud puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite. Su equipo de cuidado de la salud también le ayuda a elaborar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Estadía en el hospital como paciente hospitalizado: Estadía en el hospital cuando usted ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”.

Estudio de investigación clínica: Forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos, piden voluntarios que participen en el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método funciona y si es seguro.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA): Revisión de su historial médico y de su condición actual. Se usa para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación del Saldo: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente más que el costo compartido permitido del plan. Como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), usted solamente tiene que pagar los costos compartidos permitidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores de la red le “facturen el saldo” ni que de otra manera le cobren más que el costo compartido que su plan indica que usted debe pagar. En algunos casos, los proveedores fuera de la red pueden facturarle el saldo por servicios cubiertos. Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no acepta la asignación de Medicare, usted será responsable del costo compartido del plan, más cualquier diferencia entre lo que le pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestro costo compartido por los servicios. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente.

Farmacia de la red: Farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han convenido trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha convenido trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo: El requisito de costo compartido para los miembros, que deben pagar una parte de los servicios o medicamentos que obtienen, también se llama requisito de gastos “de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” indicada anteriormente.

Guía para Miembros y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o que cuenta con el respaldo de ciertas fuentes de referencia.

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa las apelaciones de nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (“Lista de Medicamentos”): Lista de los medicamentos con receta y sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La “Lista de Medicamentos” le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la Lista de Medicamentos se le llama “formulario”.

Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Servicio específico o grupo definido de servicios prestados por proveedores de cuidado de la salud, incluidos los farmacéuticos, para asegurar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

Médicamente necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.

Medicamento de marca: Medicamento con receta que elabora y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos.

Los medicamentos genéricos habitualmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Medicamento genérico: Medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con y sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes Medicare Advantage a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o de una Organización de Proveedores Preferidos también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir los servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama “personas con elegibilidad doble”.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D: Cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted ha estado sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si usted pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si está 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Ombudsman: Oficina de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Usted puede encontrar más información en los

Capítulos 2 y 9 de su **Guía para Miembros**.

Organización de revisión independiente (independent review organization, IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal le paga a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Para obtener información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún se le podría considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Parte del costo: La parte de los costos del cuidado de su salud que usted podría tener que pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. La cantidad de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

Período de beneficios: Forma como Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (ni cuidado especializado en un Centro de Enfermería Especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Persona con elegibilidad doble: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de DC Medicaid.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Plan de cuidado: Consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.

Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) (o Plan de Cuidado): Plan que describe qué servicios usted recibirá y la forma en que los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han convenido tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de una Organización de Proveedores Preferidos tienen un límite anual en los gastos de su bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de gastos de su bolsillo combinados por los servicios de los proveedores dentro de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan para Personas con Necesidades Especiales: Tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más especializado para grupos específicos de personas, por ejemplo, quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes viven dentro de un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

Plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como de Medicaid. Nuestro plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble.

Preautorización (prior authorization, PA): Aprobación que usted debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o de usar un proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preautorización.

- Los servicios cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solamente si usted obtiene nuestra preautorización.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto Biológico: Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. Por lo general, los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Producto Biosimilar: Medicamento con receta que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los productos biosimilares suelen requerir una nueva receta para reemplazar el producto biológico original. Los productos biosimilares intercambiables han cumplido requisitos adicionales que permiten que reemplacen el producto biológico original en la farmacia sin una nueva receta, sujetos a las leyes estatales.

Programa Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (“LIS”).

Programa de administración de medicamentos (drug management program, DMP): Programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso.

Programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP): Programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program for All-inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa que cubre los beneficios combinados de Medicare y de Medicaid para las personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su domicilio.

Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare: Programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros inscritos en la Parte D que han llegado a la Etapa Sin Cobertura y que no están recibiendo ya el programa “Ayuda Adicional”. Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, aunque no todos, tienen descuento.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/CommunityPlan.

Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Programa de salud estructurado para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud y que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable.

- También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y que le refiera a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de cuidado primario antes de usar cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando han convenido trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar una cantidad adicional a los miembros.
- Mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** explica los proveedores o centros fuera de la red.

Proveedores: Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con licencia del estado para proporcionar cuidado y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.

Queja: Declaración verbal o escrita en la que usted expresa un problema o una inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad del cuidado que recibió, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Queja formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

Referencia: Aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para usar otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de su **Guía para Miembros**.

Salud del Comportamiento: Término que engloba todos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Servicio al Cliente: Departamento dentro de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los dentales o de servicios para la vista o la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/CommunityPlan**.

Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP):



Llame al **1-866-242-7726**

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., 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.

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



Escriba a: **UHC Community Plan**

P.O. Box 30769

Salt Lake City, UT 84130-0769



es.myuhc.com/CommunityPlan