



# Guía de Inscripción 2024

**UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)**

H0845-001-000

**Área de servicio:** Minnesota - Condado de St. Louis

United  
Healthcare®  
Dual Complete

# Los planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare están aquí para lo que a usted le importa, hoy y mañana



## Planes diseñados para adaptarse a su vida

Con planes diseñados para todos los estilos, etapas y edades de Medicare, hay un plan de UnitedHealthcare que se adapta a su vida. Use su UnitedHealthcare UCard® como su ID de miembro y mucho más. Su UCard le da acceso a una amplia red de proveedores. Desde elegir un plan hasta usar su plan, disfrute de una experiencia de Medicare más fácil que nunca, según lo que informan miembros como usted.



## Más por su dinero de Medicare

Use su UCard de UnitedHealthcare para comprar alimentos saludables y productos de venta sin receta, y para pagar facturas de servicios públicos.



## Orientación para hoy y a medida que sus necesidades cambien

Cuente con nosotros para estar aquí cuando importa. Le ayudaremos a buscar el plan adecuado con información educativa sobre el plan fácil de entender, útiles herramientas en Internet y amables Especialistas en Planes de Medicare de UnitedHealthcare.<sup>1</sup> Como miembro, los representantes y navegadores de UnitedHealthcare le ayudan a obtener las respuestas y el cuidado que usted necesita.

<sup>1</sup>Un Especialista en Planes de Medicare es un agente/productor de ventas de seguros con licencia.

# UCard le abre las puertas donde importa

Una vez que sea miembro, recibirá su nueva UCard de UnitedHealthcare por correo.  
Use su UCard cuando:



## Visite a un proveedor o surta una receta

Su UCard tiene la información del plan que usted y sus proveedores necesitan.



## Compre alimentos saludables y productos de venta sin receta, o pague facturas de servicios públicos

Use el crédito cargado en su UCard como pago en la tienda o en Internet.



## Gaste las recompensas ganadas

Compre artículos aprobados en miles de tiendas minoristas de todo el país.



## Se registre en el gimnasio

Muestre su UCard para acceder a su membresía gratuita la primera vez que visite un centro de acondicionamiento físico o un gimnasio de la red del programa Renew Active®.



# Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para las personas que tienen Medicare y la cobertura de la Asistencia Médica y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.



## Así es como funciona este plan HMO D-SNP



### Use siempre proveedores de la red.

El plan no cubre cuidado médico recibido de proveedores fuera de la red. (Excepto servicios para el cuidado de emergencia, el cuidado de urgencia y la diálisis renal.)



**Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado.** Es requerido por el plan, pero también es muy beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**\$0 por servicios cubiertos.** Consulte el Resumen de Beneficios en esta guía para saber qué servicios están cubiertos.



**No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor de la red.**



**Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos en cualquier parte del mundo.**



**Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta.** Use siempre farmacias de la red. Es posible que pague más o que pague el costo total de los medicamentos que reciba de farmacias que no están en la red.

Visite **UHCCommunityPlan.com** para buscar un proveedor o una farmacia de la red en los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción. Consulte su Guía para Miembros para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos



# Beneficios Importantes

## UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2024. Las cantidades indicadas son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Asistencia Médica. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Guía para Miembros. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

**Si recibe beneficios completos de Asistencia Médica o si es un Beneficiario Calificado de Medicare, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare.** Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa “Ayuda Adicional” cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0
-------------------------------	-----

### Beneficios médicos

#### Visita al consultorio médico

Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
-------------------------------------	---------------

Especialista	\$0 de copago (no se necesita una referencia)
--------------	---

Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
-------------------	---

<b>Servicios preventivos</b>	\$0 de copago
------------------------------	---------------

<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
---	--

<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por día, días 1 a 100
---	-------------------------------------

<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía</b>	\$0 de copago
---	---------------

#### Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Terapia de grupo	\$0 de copago
------------------	---------------

Terapia individual	\$0 de copago
--------------------	---------------

## Beneficios médicos

Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Programa de acondicionamiento físico</b>	\$0 de copago por el programa Renew Active®, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, además de clases de acondicionamiento físico por Internet y contenido para la agudeza mental.
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago, el plan cubre un número ilimitado de viajes para citas médicamente necesarias y a las farmacias. Además, el plan cubre 48 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a gimnasios, centros comunitarios o centros religiosos.
<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias</b>	\$0 de copago por un sistema personal de respuesta ante emergencias (personal emergency response system, PERS)

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>	\$0 de copago, 6 visitas por año
<b>Servicios quiroprácticos</b>	\$0 de copago
<b>Acupuntura</b>	\$0 de copago
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$180 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables que tienen cobertura, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos de compañías de servicios públicos de la red
<b>Beneficio de comidas</b>	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF).
<b>Línea de Asesoramiento de Enfermería</b>	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
<b>Servicios de Apoyo a Domicilio</b>	\$150 de crédito por trimestre para gastar en dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño y para el apoyo adicional en el domicilio
<b>Servicios para la estabilización de vivienda</b>	\$0 de copago; limitado a 150 horas anualmente
<b>Servicios de un asistente para el cuidado personal</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de prótesis</b>	\$0 de copago
<b>Programa FoodRx de Second Harvest Heartland</b>	\$0 de copago
<b>Curación tradicional</b>	\$0 de copago; hasta \$250 por cada año calendario

## Medicamentos con receta

**Deducible Anual para Medicamentos con Receta**                      \$0

**Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red**

## Medicamentos con receta

<b>Todos los medicamentos cubiertos</b>	\$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
---	--

---



Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2024\_SP\_M H0845001000

CSMN24HM0132851\_000





# Resumen de Beneficios 2024

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

Consulte esta guía para aprovechar las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan. Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



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

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



**[es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan)**

**United  
Healthcare®**  
Dual Complete

## Introducción

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

## Índice

A.	Exenciones de responsabilidad .....	1
B.	Preguntas frecuentes (FAQ) .....	6
C.	Lista de servicios cubiertos .....	12
D.	Servicios cubiertos fuera de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) .....	33
E.	Servicios que no cubre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), Medicare ni la Asistencia Médica .....	33
F.	Sus derechos como miembro del plan .....	34
G.	Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado .....	36
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude .....	36

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

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Puede consultar la **Guía para Miembros** en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/communityplan**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

- UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa Asistencia Médica de Minnesota para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La inscripción en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Para obtener información sobre los servicios de asesoramiento en materia de opciones, llame a la línea de Apoyo al Consumidor con el Cuidado de la Salud (Health Care Consumer Support, HCCS) del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **1-651-297-3862** o al **1-800-657-3672**.
- Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen; no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) o lea la **Guía para Miembros**.
- UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es para personas mayores de 65 años que viven en el área de servicio y tienen tanto la Parte A como la Parte B de Medicare y la Asistencia Médica.
- Con UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), usted puede recibir sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica en un solo plan de salud. Un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- Para obtener más información sobre **Medicare**, puede leer el **manual Medicare y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**) o solicitarlo por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Para obtener más información sobre la **Asistencia Médica**, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **1-651-431-2670** o al número gratuito **1-800-657-3739**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529**.
- **ATENCIÓN:** Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

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

- **ATTENTION:** If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) Member Services at the number at the bottom of this page. The call is free.
- Puede obtener este documento sin costo en idiomas que no sean inglés y en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.
- Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.
- La participación en el programa Renew Active® es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. La red de gimnasios puede variar en el mercado local.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.
- UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Cualquier información que proporcionemos se limita a aquellos planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con **es.Medicare.gov** o llame al **1-800-MEDICARE** para obtener información sobre todas sus opciones.
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros** para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

- OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los nuevos medicamentos con receta que OptumRx envía deberían llegar en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido llenado, y los pedidos de resurtidos deberían llegar en unos siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**.
- Los beneficios y las características varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.
- Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su **Guía para Miembros**.

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

**1-844-368-5888, TTY 711, or use your preferred relay service.**

Attention. If you need free help interpreting this document, call Member Services at the number above. The call is free.

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

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

သတိ။ ဤစာရွက်စာတမ်းအား အခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။\*

កំណត់សម្គាល់: បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

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

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

ဟ်သုဉ်ဟ်သး. နမ့ၢ်လိာ်ဘၣ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤနၤလၢ တၢ်ကကွဲးကျိးထံဝဲဒၣ် လံာ်တီလံာ်မိတခါအံၤအဃိ ကိးလိတဲစီနီၣ်ဂံၢ် လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

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

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ພໍ ຣີ, ຈົ່ງໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

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

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

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

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

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

### **Informe de Salud para Indoamericanos**

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

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es un plan Minnesota Senior Health Options (MSHO)?</b></p>	<p>UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es parte del programa Minnesota Senior Health Options (MSHO). Este programa fue diseñado por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota para proporcionar cuidado especial a los adultos mayores de 65 años. UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) combina sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica. Combina sus médicos, hospitales, farmacias, cuidado a domicilio, cuidado en un asilo de convalecencia y otros proveedores de cuidado de la salud en un solo sistema de cuidado coordinado. 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.</p> <p>Nuestro programa MSHO se llama UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).</p>

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



Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿En UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de la Asistencia Médica que recibo ahora?</b></p>	<p>Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de la Asistencia Médica directamente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP). Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su equipo de cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal o la nación tribal.</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Puedo visitar a los mismos médicos que uso ahora?</b></p>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP). Eso significa que aceptan a los miembros de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) y prestan los servicios que cubre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP). <b>Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).</b> Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera de nuestro plan.</li> <li>• Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para consultar cómo seguir conectado.</li> </ul> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página o lea el Directorio de Proveedores y Farmacias de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) en el sitio web del plan en <b>es.myuhc.com/communityplan</b>. Si es nuevo en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)?</b></p>	<p>Un coordinador del cuidado de la salud es la persona principal con la que usted debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarle a organizar, recibir y coordinar evaluaciones, pruebas y apoyos y servicios de salud y para el cuidado a largo plazo</li> <li>• Trabajar con usted para desarrollar y actualizar su plan de cuidado</li> <li>• Apoyarle y comunicarse con diversas agencias y personas</li> <li>• Coordinar otros servicios según lo descrito en su plan de cuidado</li> </ul>
<p><b>¿Qué son los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)?</b></p>	<p>Los apoyos y servicios a largo plazo son servicios que ayudan a las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que mudarse a un asilo de convalecencia ni a un hospital.</p>
<p><b>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de este plan puede prestarlo?</b></p>	<p>Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red. Es posible que se requiera una preautorización antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red.</p>
<p><b>¿Dónde está disponible este plan?</b></p>	<p>El área de servicio de este plan incluye el siguiente condado de Minnesota: St. Louis. Usted debe vivir en este condado para inscribirse en el plan. Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es una preautorización?</b></p>	<p>Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para recibir servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, antes de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero. UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) puede proporcionarles a usted o su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga nuestra preautorización antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la <b>Guía para Miembros</b> para obtener más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de la <b>Guía para Miembros</b> para saber qué servicios requieren una preautorización.</p> <p>Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.</p>
<p><b>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)?</b></p>	<p>No. Dado que usted tiene la Asistencia Médica, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.</p>
<p><b>¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)?</b></p>	<p>No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).</p>
<p><b>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)?</b></p>	<p>En UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0.</p>
<p><b>¿Tengo una Etapa Sin Cobertura para medicamentos?</b></p>	<p>No. Dado que usted tiene la Asistencia Médica, no tendrá una Etapa Sin Cobertura para sus medicamentos.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Con quién debería comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda?</b></p>	<p><b>Si tiene preguntas generales o preguntas sobre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), los servicios, el área de servicio, la facturación o las tarjetas de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP):</b></p> <p><b>Llame al 1-844-368-5888</b></p> <p>La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p> <p>Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p> <p><b>TTY 711</b>, o use su servicio de retransmisión preferido.</p> <p>La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p> <p><b>Si tiene preguntas sobre su salud, llame a NurseLine:</b></p> <p><b>Llame al 1-877-440-9407</b></p> <p>La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><b>TTY 711</b>, o use su servicio de retransmisión preferido.</p> <p>La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><b>Si necesita servicios inmediatos para la salud del comportamiento, llame a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento:</b></p> <p><b>Llame al 1-844-368-5888</b></p> <p>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</p> <p><b>TTY 711</b>, o use su servicio de retransmisión preferido.</p> <p>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</p>

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

## C. Lista de servicios cubiertos

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita cuidado hospitalario</b>	Estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0	
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted desea usar un proveedor de cuidado de la salud</b>	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Cuidado de especialistas	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	\$0	
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo por única vez)	\$0	

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	Puede usar cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita cuidado de emergencia. No necesita una preautorización ni tiene que estar dentro de la red. Los servicios recibidos en la sala de emergencias NO están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
	Cuidado de urgencia	\$0	El cuidado requerido de urgencia NO es cuidado de emergencia. No necesita una preautorización ni tiene que estar dentro de la red. Los servicios para el cuidado requerido de urgencia NO están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

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



<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita exámenes médicos</b>	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	
	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0	
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar cáncer	\$0	
<b>Usted necesita servicios para la audición</b>	Exámenes de audición	\$0	1 por año
	Aparatos auditivos	\$0	Disponibles a través de sus beneficios de la Asistencia Médica

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita cuidado dental</b>	Exámenes dentales y cuidado preventivo	\$0	Cobertura preventiva para exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro. Los tratamientos de conducto radicular, los empastes dentales y las dentaduras postizas tienen cobertura cuando son médicamente necesarios.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	
<b>Usted necesita cuidado de la vista</b>	Exámenes de la vista	\$0	
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	
	Otro cuidado de la vista	\$0	
<b>Usted necesita servicios de salud mental</b>	Servicios de salud mental	\$0	
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	\$0	

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias</b>	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	
<b>Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle</b>	Servicios de Vivienda Personalizados (servicios prestados en un centro de vivienda asistida)	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
	Cuidado de enfermería especializada	\$0	El cuidado de enfermería especializada médicamente necesario está cubierto.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización.
	Cuidado Tutelar de Adultos	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
<b>Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Puede haber límites en los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. En ese caso, podría haber excepciones a estos límites.  Su proveedor debe obtener una preautorización.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud</b></p>	<p>Servicios de ambulancia</p>	<p>\$0</p>	<p>Los servicios de ambulancia deben ser médicamente necesarios. Usted no necesita una preautorización para recibir servicios de ambulancia ni tiene que estar dentro de la red.</p>
	<p>Transporte de emergencia</p>	<p>\$0</p>	
	<p>Transporte a citas y servicios médicos</p>	<p>\$0</p>	<p>UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) no está obligado a proporcionarle transporte a su clínica de cuidado primario (PCC) si está a más de 30 millas de su domicilio.</p> <p>UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) no está obligado a proporcionarle transporte a su clínica de cuidado especializado si está a más de 60 millas de su domicilio.</p>
	<p>Transporte a otros servicios de salud</p>	<p>\$0</p>	

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p>\$0</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la <b>Guía para Miembros</b>. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
	<p>Medicamentos Genéricos (no de marca) del Nivel 1 (continúa en la página siguiente)</p>	<p>\$0 por un suministro de 30 días.</p>	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) en <b>es.myuhc.com/communityplan</b>. UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad. Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para ciertos medicamentos.</p>

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la página siguiente)</b>	Medicamentos Genéricos (no de marca) del Nivel 1	\$0 por un suministro de 30 días.	<p>Usted debe usar ciertas farmacias para surtir un número muy limitado de medicamentos con determinados requisitos (de manejo especial, coordinación de proveedores o educación del paciente) que la mayoría de las farmacias dentro de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos se encuentran en el sitio web del plan, la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) y los materiales impresos, así como en el Buscador de Planes de Medicare en <b>es.medicare.gov</b>.</p> <p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para ciertos medicamentos.</p> <p><b>Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas</b> — Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D.</p> <p>Estas vacunas se pueden encontrar en la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) del plan. UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.</p>

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Medicamentos de Marca del Nivel 1 (continúa en la página siguiente)</p>	<p>\$0 por un suministro de 30 días.</p>	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) en <b><a href="https://es.myuhc.com/communityplan">es.myuhc.com/communityplan</a></b>.</p> <p>UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para ciertos medicamentos.</p> <p>UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p>

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la página siguiente)</b>	Medicamentos de Marca del Nivel 1	\$0 por un suministro de 30 días.	<p>Usted debe usar ciertas farmacias para surtir un número muy limitado de medicamentos con determinados requisitos (de manejo especial, coordinación de proveedores o educación del paciente) que la mayoría de las farmacias dentro de su red no pueden cumplir.</p> <p>Estos medicamentos se encuentran en el sitio web del plan, la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) y los materiales impresos, así como en el Buscador de Planes de Medicare en <a href="https://es.medicare.gov">es.medicare.gov</a>.</p> <p><b>Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas</b> — Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se pueden encontrar en la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted.</p> <p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para ciertos medicamentos.</p>

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



Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b></p>	<p>Medicamentos sin receta (OTC)</p>	<p>\$0</p>	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).</p> <p>Los beneficios de productos de venta sin receta tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su <b>Guía para Miembros</b>.</p>
<p><b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición</b></p>	<p>Medicamentos para la diabetes</p>	<p>\$0 por un suministro de 30 días.</p> <p>Cuando alcanza el límite de gastos de su bolsillo de \$8,000 para sus medicamentos con receta de la Parte D, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.</p> <p>Usted permanecerá en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, sus copagos por los medicamentos de la Parte D serán de \$0.</p>	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) en <b>es.myuhc.com/communityplan</b>.</p> <p>UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) para ciertos medicamentos.</p>

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>	Servicios de rehabilitación	\$0	Los servicios de rehabilitación médicamente necesarios están cubiertos.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	
	Servicios de diálisis	\$0	
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría	\$0	Las visitas de podiatría son para el cuidado de los pies médicamente necesario.
	Servicios de ortesis	\$0	
<b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b> (Nota: Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos o suministros cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente o lea la <b>Guía para Miembros.</b> )	Sillas de ruedas, muletas y andadores Nebulizadores Equipos de oxígeno y suministros	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización.

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio</b>	Servicios de un asistente para el cuidado personal	\$0	
	Modificaciones en su domicilio, como rampas y acceso para sillas de ruedas	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
	Comidas entregadas a su domicilio	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
	Servicios para el cuidado diurno de adultos u otros servicios de apoyo	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
	Servicios para ayudarle a vivir solo	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
<b>Su cuidador necesita tomarse un descanso</b>	Relevo del cuidador	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
<b>Usted necesita servicios de interpretación</b>	Intérprete de idiomas hablados	\$0	
	Intérprete de lenguaje de señas	\$0	

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios Adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Acupuntura	\$0	
	Coordinación del cuidado de la salud	\$0	
	Servicios quiroprácticos	\$0	
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	
	Planificación familiar	\$0	

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Servicios Adicionales (continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Beneficio de acondicionamiento físico</p>	<p>\$0</p>	<p>El beneficio del programa Renew Active® incluye una membresía gratuita en un gimnasio que le quede cerca, acceso a la red nacional más grande de gimnasios y centros de acondicionamiento físico, acceso a muchos gimnasios y centros de acondicionamiento físico de primera categoría, así como un plan anual de acondicionamiento físico personalizado.</p> <p>Los miembros que necesitan ayuda pueden llevar un asistente de entrenamiento al gimnasio.</p> <p>Hay acceso disponible a miles de videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet, así como a actividades sociales en eventos, clubes y clases de salud y bienestar locales.</p> <p>La Comunidad Fitbit® en Internet está incluida para Renew Active — no se necesita ningún dispositivo Fitbit.</p> <p>Los miembros tienen acceso a la aplicación AARP® Staying Sharp®.</p> <p>Hay un dispositivo Fitbit® gratuito disponible para ayudarle a alcanzar sus metas de salud y acondicionamiento físico.</p>

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios Adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios de apoyo a domicilio	\$0	\$150 por trimestre para servicios de apoyo a domicilio, incluido el control de plagas y más. Consulte su <b>Guía para Miembros</b> para obtener más información detallada.
	Servicios para estabilizar la situación de vivienda	\$0	
	Beneficio de comidas	\$0	28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF). Su proveedor debe obtener una preautorización.
	NurseLine	\$0	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios Adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	\$0	\$180 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables, productos de venta sin receta y facturas de servicios públicos, para comprar alimentos saludables como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua.  Elija entre miles de productos de venta sin receta, como pasta dental, artículos de primeros auxilios, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y mucho más.  Puede pagar facturas de servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet.  Hay miles de tiendas participantes disponibles para usted, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o las tiendas de su vecindario que le queden cerca.
	Servicios de prótesis	\$0	
	Radioterapia	\$0	
	Cuidado de los Pies de Rutina	\$0	6 visitas por año

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios Adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Transporte de Rutina	\$0	El plan cubre un número ilimitado de viajes para citas <b>médicamente necesarias</b> y a farmacias. Además, el plan cubre 48 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como gimnasios, centros comunitarios y lugares de culto.
	AbleTo Self Care	\$0	AbleTo Self Care es una aplicación digital móvil de autoayuda para teléfonos inteligentes que se centra en capacitar a las personas para mejorar su salud mental, a través de la interacción con sus herramientas y actividades de la aplicación.
	Programa FoodRx de Second Harvest Heartland	\$0	Ofrece un programa de alimentos con receta para un subgrupo de miembros con condiciones crónicas o que recientemente tuvieron una estadía como pacientes hospitalizados. Se pueden aplicar requisitos de participación.

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



Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	Modelo Seeking Safety	\$0	Seeking Safety es un modelo basado en un manual que ayuda a las personas que lidian con un trauma/trastorno por estrés postraumático (PTSD) y abuso de sustancias a establecer la seguridad en sus vidas. Seeking Safety aplica 25 estrategias de afrontamiento para ayudar a alcanzar y mantener la seguridad en las relaciones, el pensamiento, los comportamientos y las emociones.
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	
	Visitas Virtuales Médicas	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo.
	Visitas Virtuales de Salud Mental	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	Organización White Bison	\$0	White Bison ofrece recursos de aprendizaje sobre sobriedad, recuperación, prevención de adicciones y bienestar/Wellbriety a la comunidad de nativos americanos de Estados Unidos/nativos de Alaska de todo el país. Se aplican requisitos de participación.

Este resumen de beneficios se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) o lea la **Guía para Miembros** para saber qué otros servicios están cubiertos.

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

## D. Servicios cubiertos fuera de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, la Asistencia Médica o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

Otros servicios cubiertos por Medicare o la Asistencia Médica	Sus costos
Algunos servicios de cuidados paliativos Excepto los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores, otros servicios prestados por programas de exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad	\$0

## E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), Medicare ni la Asistencia Médica

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

### Servicios que no cubre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), Medicare ni la Asistencia Médica

Servicios que no se consideren “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y de la Asistencia Médica

Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare

Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario

Procedimientos para mejoras electivas o voluntarias

Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que se cumplan los criterios

Cirugía LASIK

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

## F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), usted tiene ciertos derechos concernientes al cuidado de su salud. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. También tiene ciertas responsabilidades con los proveedores de cuidado de la salud que le atienden. Para obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades, lea la **Guía para Miembros**.

### **Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:**

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, credo, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual o asistencia pública
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
  - Que los proveedores de la red no le facturen
  - Que sus preguntas e inquietudes sean respondidas de forma completa y cortés
  - Ejercer sus derechos libremente, sin ningún efecto negativo en el trato que recibe de parte de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) o de su proveedor
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios. Esta información debería estar en un formato y en un idioma que usted pueda comprender. Estos derechos incluyen obtener información sobre:
  - UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)
  - Los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y Coordinadores del Cuidado de la Salud
  - Sus derechos y responsabilidades
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP). Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento del año. Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, puede llamar al **1-844-368-5888**.
  - Consultar a un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente

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

- Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
- Rehusarse al tratamiento en la medida que lo permita la ley, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
- Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
- Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
- Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado
- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos, otros proveedores y su plan de salud. Si necesita ayuda con este servicio, llame al **1-844-368-5888**.
  - Recibir su **Guía para Miembros** y cualquier material impreso de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) traducidos en su lengua materna, o que le lean estos materiales en voz alta si usted tiene dificultades para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a solicitud y sin cargo.
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin una preaprobación
  - Consultar a un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal
  - Tener privacidad durante su tratamiento

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

- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores.
  - Solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial de Medicaid ante el Estado)
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

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

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

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

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

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

UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department  
P.O. Box 6106, MS CA124-0187  
Cypress, CA 90630-0016

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

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department  
P.O. Box 6106, MS CA124-0197  
Cypress, CA 90630-0016

## **H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude**

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de cuidado de la salud que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que haya algunos que no lo sean.

Si usted cree que un médico, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP). Los números de teléfono se encuentran al final de la página.
- O bien, llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude de Minnesota al **1-800-627-9977**. La llamada es gratuita. Los usuarios de TTY pueden llamar al número gratuito **711**.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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

**Si tiene preguntas generales o preguntas sobre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de ID de Miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP):**



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

La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre  
Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**, o use su servicio de retransmisión preferido.

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

**Si tiene preguntas sobre su salud:**

- Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP). Siga las instrucciones de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado cuando el consultorio está cerrado.
- Si el consultorio de su proveedor de cuidado primario está cerrado, también puede llamar a NurseLine. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado. (Ejemplo: cuidado de urgencia, sala de emergencias). Los números de NurseLine son:



Llame al **1-877-440-9407**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**, o use su servicio de retransmisión preferido.

La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

# Información importante: Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H0845

En el año 2024, UnitedHealthcare - H0845 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	El plan es nuevo para ser evaluado*
Calificación de los Servicios de Salud:	El plan es nuevo para ser evaluado
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	El plan es nuevo para ser evaluado

\*Algunos contratos no tienen la suficiente información para calificar el rendimiento del plan. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **844-368-5888** (número gratuito) o al **711** (TTY).

H0845\_H0845\_A\_PR2024\_M

**El número de estrellas  
indica qué tan bien  
funciona el plan.**

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL  
PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL  
PROMEDIO

★ DEFICIENTE

CSMN24HM0163040\_001



# Medicamentos Alternativos Cubiertos

La Lista de Medicamentos de la Parte D de Medicare de su plan incluye muchos tipos de medicamentos diferentes, pero no incluye todos los medicamentos. Por lo general, los medicamentos que no están cubiertos por su plan se pueden reemplazar por medicamentos alternativos. Esta es una lista **parcial** de los medicamentos alternativos que usted puede usar en lugar de algunos de los medicamentos que no están cubiertos por su plan.



**Hable con su proveedor o farmacéutico para saber si los medicamentos alternativos de esta lista son apropiados para usted.**

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos
<b>Amitiza</b>	<b>Linzess</b> Lubiprostone <b>Movantik</b> <b>Motegrity</b> <b>Trulance</b>
<b>Basaglar</b>	<b>Lantus</b> <b>Levemir</b> <b>Toujeo</b> <b>Tresiba</b>
<b>Bystolic</b>	Atenolol tableta Bisoprolol Fumarate Metoprolol tableta Carvedilol tableta
<b>Cialis y Tadalafil 2.5mg y 5mg (BPH Solamente)</b>	Alfuzosin de liberación prolongada Doxazosin Tamsulosin
<b>Cyclosporine Oftálmica</b>	<b>Restasis</b> <b>Tyvaya</b>
Icosapent cápsula	<b>Vascepa</b>
<b>Latuda</b>	Lurasidone
Metformin HCL de liberación prolongada (osmótico)	Metformin de liberación prolongada ( <b>Glucophage XR</b> genérico)
<b>Novolin</b>	<b>Humulin</b>
<b>Novolog</b>	<b>Humalog</b> <b>Insulin Lispro</b> <b>Lyumjev</b>
<b>Nucynta ER</b>	<b>Xtampza XR</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas
<b>OxyContin</b>	<b>Xtampza XR</b> Morphine Sulfate ER 15mg, 30mg, 60mg, 100mg tabletas

Medicamentos que no están cubiertos por el plan	Medicamentos alternativos cubiertos
<b>Pradaxa</b>	<b>Eliquis</b> <b>Xarelto</b>
<b>Proair</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico y <b>Ventolin HFA</b> ) <b>Ventolin HFA</b>
<b>Proventil HFA</b>	Albuterol HFA ( <b>Proair/Proventil HFA</b> genérico y <b>Ventolin HFA</b> ) <b>Ventolin HFA</b>
Venlafaxine HCL tableta de liberación prolongada	Venlafaxine HCL cápsula de liberación prolongada
<b>Victoza</b>	<b>Trulicity</b> <b>Mounjaro</b> <b>Ozempic</b> <b>Bydureon</b>
Zolpidem Tartrate de liberación prolongada	Trazodone 50mg, 100mg, 150mg tableta Zolpidem de liberación inmediata <b>Belsomra</b>

**Letra remarcada = Medicamento de marca**    Letra normal = Medicamento genérico



Nota: Los medicamentos alternativos son solamente sugerencias y pueden o no ser apropiados, según la enfermedad específica en tratamiento. La información es exacta al 1 de agosto de 2023 y puede estar sujeta a cambios. Consulte los detalles sobre la cobertura de medicamentos en la Lista de Medicamentos.

La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra.

# Recursos útiles

## Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos y recursos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si usted califica para el programa Ayuda Adicional, llame a:

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **711**, **1-800-325-0778**, o visite [ssa.gov/es](https://ssa.gov/es)
- Su oficina estatal de Medicaid o visite [medicaid.gov](https://medicaid.gov)

## Recursos para Cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo para nuestros miembros y las personas que les cuidan. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame, o bien visite [uhc.com/caregiving](https://uhc.com/caregiving).

## Estamos aquí para ayudarle

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podríamos ayudar a conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida — todo sin costo para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:



Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar



Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los servicios y el apoyo para veteranos

Si usted es un veterano o miembro de un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, para obtener más información sobre los programas y los requisitos de participación. Todos los demás miembros de Medicare Advantage deben llamar al **1-866-865-3851**, TTY **711**, de 9 a.m. a 6 p.m., hora local, de lunes a viernes.

## Medicare Explicado®

Medicare Explicado es un programa educativo de UnitedHealthcare® diseñado para ayudarle a aprender todo lo que usted necesita saber sobre Medicare, de modo que pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.

[MedicareExplicado.com](https://MedicareExplicado.com)

# Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que usted entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Puede encontrar la Lista de Medicamentos (Formulario), los directorios de Proveedores y Farmacias y la Guía para Miembros en **UHCCCommunityPlan.com**.



**¿Consultó la Lista de Medicamentos en Internet para confirmar que sus medicamentos con receta estén cubiertos?**



**¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?**  
Si sus proveedores no están en la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red.



**¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que la farmacia que usted usa esté en la red?**

Si su farmacia no está en la red, usted tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.



**¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para revisar sus servicios médicos y medicamentos con receta?**

Si desea más información, la Guía para Miembros incluye una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan.



**Usted cumple los requisitos para inscribirse en este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) si:**



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original y tiene más de 65 años de edad



Recibe beneficios de Asistencia Médica del estado



Vive en el área de servicio del plan

# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, encontrará apoyo para lo que importa, sea grande o pequeño. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare todo en uno hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan de Medicare.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Cree su  
cuenta para revisar  
su plan en Internet



Su UCard  
llega por correo –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece a  
usar su plan

## Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan). En Internet, usted puede:

- Buscar proveedores y farmacias de la red y ver documentos del plan, como la Lista de Medicamentos (Formulario)
- Responder su evaluación de salud
- Revisar el saldo de su UCard de UnitedHealthcare

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite [uhhousecalls.com](https://uhhousecalls.com) para informarse más
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio

## Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año

Le enviaremos un Aviso Anual de Cambios en septiembre con los cambios en su plan para el próximo año. Si el plan ya no satisface sus necesidades, usted puede inscribirse en un nuevo plan durante el Período de Inscripción Anual.

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame al número que se encuentra en su UCard de UnitedHealthcare.

Escanee este código para  
acceder al sitio para miembros  
con su número de ID de miembro



# Cómo inscribirse

Puede inscribirse por teléfono, por Internet, por correo o por fax. Elija el método que le sea más fácil o conveniente y siga las instrucciones indicadas a continuación.



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o para programar una cita personal con un agente en el área donde usted vive.



## Por internet

Para inscribirse siga las instrucciones detalladas en **[UHCCommunityPlan.com](https://UHCCommunityPlan.com)**.



## Por correo

Llene la Solicitud de Inscripción y envíela por correo a:  
UnitedHealthcare  
P.O. Box 30770  
Salt Lake City, UT 84130-0770



## Por fax

Llene la Solicitud de Inscripción y envíe por fax ambas caras de cada hoja a:  
1-888-950-1170

## Lista de Verificación de la Solicitud de Inscripción

- |  |  |
|--|--|
| ✓ Escriba su nombre tal y como aparece en su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare | ✓ Firme y feche donde se le indica   |
| ✓ Asegúrese de elegir el plan que sea mejor para usted                               | ✓ Compruebe su fecha de nacimiento   |
| ✓ Confirme que su dirección permanente sea la correcta                               | ✓ Verifique que sus proveedores acepten el plan que elige                            |
|  | ✓ Escriba el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) |

# Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Agentes de Ventas usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Agente de Ventas (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos              | <input type="checkbox"/> Productos dentales, de la vista o de la audición |
| <input type="checkbox"/> Plan Independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) | <input type="checkbox"/> Productos de indemnización hospitalaria          |
| <input type="checkbox"/> Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)            |   |

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Agente de Ventas es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario no afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, no le inscribe en un plan de Medicare ni le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

## Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma del beneficiario/representante autorizado

Fecha de hoy

MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)

Relación con el beneficiario

## El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Agente de Ventas (nombre y apellidos)

Teléfono del Agente de Ventas

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

ID del Agente de Ventas

Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)

Teléfono del beneficiario

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

Fecha en que se realizará la cita

MM-DD-YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial

Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

## Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

**Plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

**Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

**Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas condiciones médicas crónicas.

**Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare** — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de costos de Medicare** — En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y deducibles de Medicare.

## Plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

**Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare** — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos Planes Privados de Tarifa por Servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

## Otros productos relacionados

**Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)** — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

**Productos dentales, de la vista o de la audición** — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

**Productos de indemnización hospitalaria** — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.





# Solicitud de Inscripción en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)

## Números de Teléfono para la Inscripción en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)



**844-560-4944** o, para personas con limitaciones auditivas, TTY **711**.  
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

## Números de Teléfono de Servicio al Cliente de UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)



**844-368-5888** o, para personas con limitaciones auditivas, TTY **711**.  
De 8 a.m. a 8 p.m.: de octubre a marzo: los siete días de la semana;  
de abril a septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

## Envíe la solicitud llenada, páginas 2 a 6, a:



### **UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)**

P.O. Box 30769

Salt Lake City, UT 84130-0769

Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada página al: **888-950-1169**

Comuníquese con UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) al número indicado anteriormente si necesita información en otro idioma o formato.

UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa Asistencia Médica (Medicaid) de Minnesota para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros. La inscripción en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

## Solicitud de Inscripción en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)

Para inscribirse en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP), usted debe tener la **Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare y la Asistencia Médica (Medicaid)**, y ser mayor de 65 años y vivir en el área de servicio de UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP).

### Sección 1. Cuéntenos sobre usted

1	Nombre: (nombre, opcional: segundo nombre, apellidos)			
2	Fecha de nacimiento ( __ / __ / __ __ __ ) M M D D Y Y Y Y		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
3	Número de teléfono ( ) -		Otro número de teléfono (opcional) ( ) -	
4	Dirección donde vive (no se permite casilla postal)			
	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
5	Dirección postal (si es diferente de la dirección donde vive)			
	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
6	¿Vive en un centro de cuidado a largo plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", llene la siguiente información:			
	Nombre del centro		Número de teléfono ( ) -	
7	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si respondió "Sí", marque el idioma a continuación:			
	<input type="checkbox"/> 01 Español	<input type="checkbox"/> 06 Ruso	<input type="checkbox"/> 09 Amhárico	<input type="checkbox"/> 16 Francés
	<input type="checkbox"/> 02 Hmong	<input type="checkbox"/> 07 Somalí	<input type="checkbox"/> 10 Árabe	<input type="checkbox"/> 20 Coreano
	<input type="checkbox"/> 03 Vietnamita	<input type="checkbox"/> 08 Lenguaje de Señas Americano (ASL)	<input type="checkbox"/> 12 Oromo	<input type="checkbox"/> 21 Karénico
	<input type="checkbox"/> 04 Jémer		<input type="checkbox"/> 14 Birmano	<input type="checkbox"/> 98 Otro
	<input type="checkbox"/> 05 Lao		<input type="checkbox"/> 15 Cantonés	_____
	Representante autorizado		Número de teléfono del representante autorizado ( ) -	

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

**Sección 2. Cuéntenos sobre usted**

**No está obligado a responder las preguntas ni a darnos ninguna información en esta sección. Es su decisión compartir esta información con nosotros.** No podemos denegarle cobertura si usted no responde.

8	¿Desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés? Si respondió Sí, escriba el idioma: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	¿Desea que le enviemos información en un formato accesible?  Si respondió “Sí”, marque el formato: <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Audio Comuníquese con UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) al 844-368-5888 si necesita información en un formato accesible diferente de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: de octubre a marzo, los siete días de la semana; de abril a septiembre, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	¿Es usted de origen hispano, latino o español? Elija todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
11	¿Cuál es su raza? Elija todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Otro origen asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano	
12	¿Desea recibir información por correo electrónico? Si respondió “Sí”, proporcione su dirección de correo electrónico. Correo electrónico: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
14	Nombre de la clínica de cuidado primario/del sistema de cuidado que está eligiendo:	Número de ID del proveedor de la clínica de cuidado primario/del sistema de cuidado que se encuentra en el Directorio de Proveedores y Farmacias

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

**Sección 3. Cuéntenos sobre su cobertura de Medicare y de la Asistencia Médica (Medicaid):**

Llene su información de Medicare y de su Programa de Cuidado de la Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Program, MHCP) a continuación. Puede encontrar la información de Medicare en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o en una carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Además, coloque su número de miembro del Programa de Cuidado de la Salud de Minnesota (MHCP) tal como aparece en la parte de adelante de su tarjeta. También se lo conoce como número de miembro de la Asistencia Médica.

15	Número de Medicare:	Número de miembro de MHCP:
----	---------------------	----------------------------

**Sección 4. Cuéntenos sobre su cobertura de salud, incluida su cobertura de medicamentos con receta:**

Algunas personas tienen otro seguro de salud u otra cobertura de medicamentos a través de un seguro privado, TRICARE, cobertura de un empleador o sindicato, del Departamento de Asuntos de los Veteranos o los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos.

16	¿Tiene otra cobertura de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si respondió "Sí", llene la siguiente información:	

17	Nombre de su plan (y empleador, si corresponde):	Número de grupo:
		Número de ID:

Si tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato en este momento, usted y sus dependientes podrían perder esa cobertura cuando se inscribe en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP). Su empleador o sindicato pueden darle más información sobre su cobertura. Si tiene preguntas, hable con la persona de su oficina que se ocupa de los beneficios.

**Sección 5. Cuéntenos si cumple los requisitos de participación**

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su situación. **Marque todo lo que corresponda.** Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, cumple los requisitos para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción.

- Estoy solicitando la inscripción durante el período de inscripción anual de los planes Medicare Advantage, del 15 de octubre al 7 de diciembre, y deseo que mi inscripción entre en vigencia el 1 de enero.
- Soy nuevo en Medicare.
- Tengo tanto Medicare como la Asistencia Médica (Medicaid) (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo el programa Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Asistencia Médica (Medicaid) (comencé a recibir Medicaid o tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid) en (fecha) \_\_\_\_\_ .

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

- Recientemente, tuve un cambio en el programa Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (comencé a recibir el programa Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel del programa Ayuda Adicional o perdí el programa Ayuda Adicional) en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo o vivo en uno o recientemente me fui de uno (por ejemplo, un asilo de convalecencia). Me mudé o mudaré al centro, o me fui o iré del centro en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé en \_\_\_\_\_ .
- Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Mi plan va a cancelar su contrato con Medicare, o Medicare va a cancelar su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Salí recientemente de prisión. Fui liberado en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus en (fecha) \_\_\_\_\_ .
- Me vi afectado por una emergencia climática o una gran catástrofe declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Una de las otras declaraciones de aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer mi inscripción debido a la catástrofe natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) al 844-560-4944 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si usted cumple los requisitos para inscribirse. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_ Número de miembro de MHCP \_\_\_\_\_

**Lea la información en la página 7 y firme a continuación.**

Al firmar a continuación, significa que ha leído y entendido la información de esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Si usted es el representante autorizado, **debe firmar en el espacio anterior** y proporcionar la siguiente información.

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Relación con el miembro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dirección (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Una vez que termine de llenar la solicitud, envíela por correo o por fax a UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP). Nuestra dirección y número de fax se encuentran en la portada de esta solicitud.

**Exclusivamente para uso interno:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Vendedor Autorizado: \_\_\_\_\_

ID del Agente de Ventas con Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la inscripción \_\_\_\_\_

Código de elección \_\_\_\_\_

Nivel de copago del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia del copago del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Aprobado por \_\_\_\_\_

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

**Información y declaraciones de reconocimiento**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Entiendo que mi inscripción en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) podría verse afectada si no respondo.</li> <li>• Debo mantener la Parte A y la Parte B de Medicare y la Asistencia Médica (Medicaid) para seguir inscrito en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP).</li> <li>• Al inscribirme en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP), reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y con otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).</li> <li>• A partir del día en que comience mi cobertura de UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP), debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de parte de UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP).</li> <li>• Están cubiertos los beneficios y servicios que proporciona UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) y que están contenidos en mi Guía para Miembros. Ni Medicare ni UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.</li> <li>• Entiendo que UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) generalmente no cubre a las personas mientras están fuera del país, excepto en circunstancias limitadas.</li> <li>• Si ahora estoy recibiendo servicios del Programa de Exención para Personas Mayores a través del condado, soy consciente de que mi administrador de casos puede ser sustituido por otro administrador de casos del condado o por un coordinador del cuidado de la salud del plan de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si me mudo, tengo que informarlo al empleado de mi condado.</li> <li>• Puedo decidir dejar UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) en ciertos momentos del año. Entiendo que estaré inscrito en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) hasta el último día del mes. Entiendo que seré inscrito automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+), que cubrirá mis beneficios de la Asistencia Médica (Medicaid). Si lo pido por escrito, seré inscrito en mi plan MSC+ anterior.</li> <li>• Si obtengo una deducción de gastos médicos mientras estoy inscrito en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) y no la pago al estado, se cancelará mi inscripción en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP).</li> <li>• La información de esta solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que se cancelará mi inscripción en UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP) si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud.</li> <li>• Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en esta solicitud significa que he leído y entendido esta solicitud. Si firma un representante autorizado, la firma de la persona significa que está autorizada por la ley estatal para llenar esta solicitud, y la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare o de la Asistencia Médica (Medicaid).</li> </ul>
--	--

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

**Declaración sobre la ley de privacidad**

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.



## Aviso sobre Derechos Civiles

**La discriminación está prohibida por la ley.** UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Creencias
- Religión
- Orientación sexual
- Condición con respecto a la asistencia pública
- Edad
- Discapacidad (incluidas las limitaciones físicas y mentales)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- Estado civil
- Ideas políticas
- Condición médica
- Estado de salud
- Recepción de servicios para el cuidado de la salud
- Experiencia en reclamos
- Historial médico
- Información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, por teléfono, por fax o por correo electrónico a:

**Civil Rights Coordinator**  
**UnitedHealthcare Civil Rights Grievance**  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130  
Número gratuito: **1-844-368-5888**, TTY **711**  
Correo electrónico: **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

**Ayuda y Servicios Auxiliares: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota** proporciona ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, de manera gratuita y oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de cuidado de la salud. **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-368-5888.**

**Servicios de Asistencia en Otros Idiomas: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota** proporciona documentos traducidos e interpretación del idioma hablado, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia de idiomas son necesarios para garantizar que las personas que no hablan bien inglés tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-368-5888.**

## Quejas sobre Derechos Civiles

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

### **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services)**

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

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

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

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

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

### **Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR)**

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota si le han discriminado por uno de los siguientes motivos:

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

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

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

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

**Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services, DHS)**

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos si cree que le han discriminado por uno de los siguientes motivos:

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

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

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

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

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

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

**Informe de Salud para Indoamericanos**

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

**1-844-368-5888, TTY 711**

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

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

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

သတိ။ ဤစာရွက်စာတမ်းအား အခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။\*

កំណត់សម្គាល់៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

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

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

ဟ်သျှ်ဟ်သး. နမ့ၢ်လိာ်ဘျ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤနၤလၢ တၢ်ကကွဲးကျိးထံဝဲဒၣ် လံာ်တီလံာ်မိတခါအံၤအယိ ကိးလိတဲစိနိာ်ဂံၢ် လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

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

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ ວິ, ຈົ່ງໂທສູນທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

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

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

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

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

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

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

## Lista de Verificación de Preinscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta solicitud.

Este plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la Asistencia Médica de un plan estatal de Medicaid.

Los requisitos adicionales son los siguientes:

- ✓ Usted debe vivir en nuestra área de servicio; y
- ✓ Tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare; y
- ✓ Ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos; y
- ✓ Usted es mayor de 65 años.

### Explicación de los beneficios

- ✓ La Guía para Miembros incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para obtener una copia de la Guía para Miembros.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise el Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de reglas importantes

- ✓ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores y Farmacias).

# Recibo de inscripción 2024

**Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.**

Use el recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare and Medical Assistance (Medicaid) haya confirmado su inscripción y usted reciba su tarjeta de ID de miembro. El recibo no es garantía de inscripción.

**Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.**

## Solicitante 1:

Nombre

Fecha de la solicitud - -

Fecha de vigencia prop. - -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

## Solicitante 2 (si corresponde):

Nombre

Fecha de la solicitud - -

Fecha de vigencia prop. - -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

## Si tiene alguna pregunta, llame a su Representante de Ventas con Licencia:

Nombre y N.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

□ □ □ - □ □ □ - □ □ □ □ □

**RxBIN: 610097**

**Rx PCN: 7777**

**RxGRP: MPDMNCSP**

**Estamos aquí para ayudarle.** Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

**Recordatorio importante** - No necesita un plan de seguro Medigap o complementario de Medicare con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.



## Notas y apuntes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

























# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)

Aprovechará los beneficios adicionales de su plan si usa los proveedores indicados a continuación.



Llame al **1-844-368-5888**, TTY **711**, 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 o visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) para:

- Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum Home Delivery, un servicio de OptumRx  
1-877-889-6358  
OptumRx.com



### Transporte

MTM  
1-888-444-1519  
[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)



### Crédito para Alimentos, Productos de Venta Sin Receta (OTC) y Facturas de Servicios Públicos

Solutran  
1-833-853-8587  
[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)



### Sistema personal de respuesta ante emergencias

Lifeline  
1-855-596-7612  
[lifeline.com/UHCMedicare](https://lifeline.com/UHCMedicare)



### Servicios de Apoyo a Domicilio

1-833-414-4663  
[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)



### Línea de Asesoramiento de Enfermería

1-877-440-9407



UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a miembros como usted. Puede contar con nosotros para que estemos aquí cuando nos necesite. Llámenos cuando necesite apoyo personalizado.

## Con gusto le ayudaremos



Llame al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711** o use su servicio de retransmisión preferido de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**UHCCommunityPlan.com**



Descargue la aplicación UnitedHealthcare

Escanee este código para descargar la aplicación **UnitedHealthcare**



Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2024\_C\_SP  
Y0066\_MN\_EGCov\_2024\_C\_Accepted\_SP

CSMN24HM0142665\_002