



# Guía de Inscripción 2025

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

H2406-099-000

Área de servicio: District of Columbia - Condados de District of Columbia

United  
Healthcare®

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



## Simplifique su día con beneficios pensados para usarse

Su UCard®, exclusiva de UnitedHealthcare, es mucho más que solo su tarjeta de ID de miembro. Le da acceso a una amplia red de proveedores de Medicare Advantage, que incluye médicos y especialistas. Además, úsela para pagar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y alimentos saludables, y para comprar productos aprobados de marcas que usted conoce, como Walmart, Walgreens y muchas más con sus recompensas ganadas. Acceda a su UCard e información de salud con la aplicación UnitedHealthcare que es fácil de usar y está calificada como la número 1 en seguros de salud. Desde elegir su plan y usar su plan, hasta disfrutar de toda su vida por delante, UnitedHealthcare lo hace más fácil que nunca.



## Reciba más por su dinero de Medicare

Reciba cuidado confiable con gastos de su bolsillo bajos. Usted tiene grandes y pequeños planes por delante, así que siéntase seguro al manejar toda su salud con UnitedHealthcare.



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

Cuente con UnitedHealthcare en todo momento con recursos de Medicare fáciles de entender, útiles herramientas en Internet y Especialistas en Planes de Medicare<sup>1</sup> para que le orienten. Y con nuestro compromiso Right Plan Promise<sup>®2</sup>, exclusivo de UnitedHealthcare, usted puede confiar en nuestros 45 años de experiencia en Medicare para ayudarle a encontrar el plan de UnitedHealthcare adecuado para sus necesidades y presupuesto.

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

<sup>2</sup>Right Plan Promise es nuestro compromiso de proporcionarle herramientas y apoyo de un agente o productor para ayudarle a encontrar un plan de la cartera de planes de Medicare de UnitedHealthcare que satisfaga sus necesidades. No es una garantía de que UnitedHealthcare ofrezca un plan que satisfaga las necesidades de cada consumidor. Las recomendaciones de planes se basan en la información que usted proporciona con respecto a sus necesidades de cobertura de salud. Las solicitudes para cancelar la inscripción o cambiar de plan quedan sujetas a las normas vigentes de Medicare y a las normas o leyes federales y estatales.

# 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 (over-the-counter, OTC), 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.



# Aproveche un plan especialmente diseñado



Este plan es para los beneficiarios de Medicare con cobertura de Medicaid 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. También puede consultar a proveedores fuera de la red si aceptan Medicare y el plan.

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



**Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado.**

Usted no está limitado a este proveedor de cuidado primario, pero es beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**\$0 por servicios cubiertos cuando se reciben dentro de la red.**

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.**



**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 dentro de la red.

Visite [UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan) 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 Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos



# Beneficios Importantes

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

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025 para quienes obtienen cobertura del costo compartido de Medicare solamente. Medicaid paga los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare solamente por servicios cubiertos por Medicaid. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde). La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones. Llame a Servicio al Cliente: **1-866-242-7726**, TTY **711** para obtener ayuda adicional.

**Si es un Beneficiario Calificado de Medicare, pagará \$0 por sus servicios cubiertos de Medicare que también estén cubiertos por Medicaid.** Si su categoría de participación en Medicaid o en el programa Ayuda Adicional cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.

### Costos del plan

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 con el programa Ayuda Adicional completo	\$46.30, según si recibe el programa Ayuda Adicional
-------------------------------	--	--

### Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener información completa, consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**.

	Con Ayuda del Costo Compartido de Medicaid		Sin Ayuda del Costo Compartido de Medicaid	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible médico anual</b>	Sin deducible		\$257	
<b>Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto)</b>	\$0 dentro de la red	\$0 combinado, dentro y fuera de la red	\$9,350 Dentro de la red	\$14,000 combinado, dentro y fuera de la red
<b>Visita al consultorio médico</b>				
Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
Especialista	\$0 de copago (no se necesita una referencia)	\$0 de copago (no se necesita una referencia)	20% de coseguro (no se necesita una referencia)	30% de coseguro (no se necesita una referencia)

## Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener información completa, consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**.

	Con Ayuda del Costo Compartido de Medicaid		Sin Ayuda del Costo Compartido de Medicaid	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
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		\$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	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago-30% de coseguro (según el servicio)
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	\$1,695 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	30% de coseguro por cada estadía por un número ilimitado de días
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>	\$0 de copago por cada día, por los días 1 a 100	\$0 de copago por cada día, por los días 1 a 100	\$0 de copago por cada día, por los días 1 a 20 \$204 de copago por cada día, por los días 21 a 100	30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b> Terapia de grupo	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro

## Beneficios médicos

Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener información completa, consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**.

	Con Ayuda del Costo Compartido de Medicaid		Sin Ayuda del Costo Compartido de Medicaid	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
Terapia individual	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
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		\$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 por las marcas que tienen cobertura	\$0 de copago	\$0 de copago por las marcas que tienen cobertura	30% de coseguro
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago	\$0 de copago	20% de coseguro	30% de coseguro
<b>Ambulancia</b>	\$0 copago por transporte terrestre o aéreo	\$0 copago por transporte terrestre o aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)		\$110 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)		\$45 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	

Es posible que la cobertura de Medicaid de los beneficios médicos fuera de la red varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, consulte su Evidencia de Cobertura.

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por cada año del plan*	30% de coseguro, 1 por cada año*
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por cada año del plan*	30% de coseguro, 1 por cada año*
<b>Artículos para la vista de rutina</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>Examen de la vista de rutina anual y \$250 de asignación para lentes de contacto o 1 par de marcos, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales [o progresivos estándar]) con cobertura total anual.*</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solo productos selectos).</p> <p>Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red.</p>	
<b>Servicios Dentales – preventivos</b>	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*
<b>Servicios Dentales – integrales</b>	\$0 de copago por servicios dentales integrales*	\$0 de copago por servicios dentales integrales*
<b>Servicios Dentales – límite de los beneficios</b>	<p>\$1,500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*</p> <p>Si usted elige consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0.</p> <p>El tamaño de la red varía según el mercado local.</p>	
<b>Servicios para la audición – examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan*	30% de coseguro, 1 por cada año*
<b>Aparatos auditivos</b>	<p>El plan paga hasta \$1,500 cada año por 2 aparatos auditivos por parte de proveedores de la red.*</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a usted (solo aparatos auditivos de venta sin receta).</p>	
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas y farmacias aprobadas. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias.*	75% de coseguro*
<b>Cuidado de los pies – de rutina</b>	\$0 de copago, 4 visitas por cada año*	30% de coseguro, 4 visitas por cada año*
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$88 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta cubiertos. Los miembros que califican también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos.	

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Beneficio de comidas</b>	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).	
<b>Recompensa</b>	<p>Gane hasta \$165 en recompensas cuando comience en enero*</p> <p>\$5 por el video “Meet your 2025 UCard” (Conozca su UCard 2025), \$15 por el examen médico o la visita de bienestar anual, \$10 cada mes por el programa Get Moving, \$10 por el programa Connect with Others, \$10 por una evaluación de salud, \$5 por la vacuna antigripal.</p> <p>Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas.</p>	

\* Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.

## Medicamentos con receta

**Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)**      \$0

## Suministro de 30 días o 100 días en una farmacia minorista de la red

**Todos los medicamentos cubiertos<sup>1</sup>**      \$0 de copago  
 Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días

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



Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y copago por medicamentos con receta de \$0 según el modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional y se verificarán después de la inscripción.

\*Las ofertas de recompensas de Medicare Advantage pueden variar según el plan y no están disponibles con todos los planes. Al participar en el programa o acceder a los fondos de recompensa, usted acepta las condiciones de servicio del Programa de Recompensas que se encuentran a la derecha de la página en [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards). Los miembros deben participar de enero a diciembre para ganar todas las recompensas disponibles. Las recompensas deben ganarse e informarse durante los plazos especificados por el plan. Los plazos están disponibles en [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards). Las recompensas solo pueden ser usadas por miembros de planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare para artículos aprobados en comercios participantes y según las leyes vigentes de Medicare. Los fondos de recompensa no se pueden canjear por efectivo, excepto según lo exigido por la ley. Sin acceso a cajeros automáticos. Las recompensas no se pueden usar para comprar artículos o servicios cubiertos por Medicare, incluidos los gastos de su bolsillo para servicios médicos o medicamentos con receta, ni para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego.

Las recompensas vencen 1 mes después de que finalice su plan Medicare Advantage. Esto no le afecta a usted mientras esté inscrito en su plan vigente o si se cambia a otro plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según si recibe el programa Ayuda Adicional. Para obtener 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.

Puede consultar a cualquier médico que acepte Medicare y su plan, pero los costos podrían ser más bajos con un médico de la red. Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Guía para Miembros para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias. No todos los proveedores de la red ofrecen cuidado virtual.

Es posible que se aplique un copago o coseguro si usted recibe servicios que no son parte del examen médico y la visita de bienestar anual.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa de Medicaid del Distrito. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y con Medicaid del Distrito.

Y0066\_MABH\_2025\_M SP\_H2406-099-000

CSDC25MP0206416\_001



# Resumen de Beneficios 2025

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

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



[es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com)



Número gratuito **1-800-514-4944**, TTY **711**

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

United  
Healthcare®

Y0066\_SB\_H2406\_099\_000\_2025\_M SP

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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 Choice DC-Q001 (PPO 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 .....	3
B.	Preguntas frecuentes (FAQ) .....	10
C.	Lista de servicios cubiertos.....	14
D.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) .....	22
E.	Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid .....	23
F.	Sus derechos como miembro del plan .....	24
G.	Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado .....	26
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude .....	26



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

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la Guía para Miembros.

- ❖ UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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 de Medicaid del Distrito. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y con Medicaid del Distrito.
- ❖ Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- ❖ Para obtener más información sobre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), puede consultar el sitio web del Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud de DC en [dhcf.dc.gov/page/district-dual-choice-d-snps](https://dhcf.dc.gov/page/district-dual-choice-d-snps), comunicarse con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos de DC al **202-724-7491**, TTY **711**, de lunes a viernes de 9 a.m. a 4:45 p.m., o comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de DC al **202-727-8370**, TTY **711**, de lunes a viernes de 9:30 a.m. a 4:30 p.m.
- ❖ UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- ❖ UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al **1-866-547-0772** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es 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.
- ❖ UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at **1-866-547-0772** for additional information (TTY users should call **711**). Hours are 8 a.m.–8 p.m.: 7 Days Oct–Mar; M–F Apr–Sept.
- ❖ Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.
- ❖ Usted puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.



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

- Este documento está disponible sin costo en español y amárico.
- 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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

### **Aparatos auditivos**

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local. Las garantías de los aparatos auditivos sin receta, si las hay, varían según el aparato y se gestionan a través del fabricante. Se puede aplicar una tarifa profesional por única vez a los aparatos auditivos con receta.

### **Beneficios dentales de rutina**

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

### **Artículos para la vista de rutina**

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

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

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

Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificarán después de la inscripción.

Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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



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

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

### **Programa de Recompensas**

Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas.



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

La compañía cumple las leyes federales y estatales de derechos civiles vigentes, y no excluye, no trata de manera diferente ni discrimina a las personas por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza o ascendencia
- Idioma
- Responsabilidades familiares
- Color
- Estado civil
- Fuente de ingresos
- Credo
- Sexo (incluidas la orientación sexual y la identidad de género)
- Lugar donde vive
- Religión
- Enfermedad o discapacidad (incluidas las limitaciones físicas o mentales)
- Afiliación política
- Edad
- Aspecto personal
- Origen nacional
- Embarazo

Si cree que le han discriminado de alguna manera, puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

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

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

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

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

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

**Correo Postal:**

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

Podemos ofrecer servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros, tales como:

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

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

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

## English

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

## Spanish

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

## Amharic

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

## Vietnamese

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

## Korean

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

## French

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

## Arabic

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

## Mandarin

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

**Russian**

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

**Burmese**

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

**Cantonese**

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

**Farsi**

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

**Polish**

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

**Portuguese**

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

**Punjabi**

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

**Haitian Creole**

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

**Hindi**

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

**Somali**

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

**Hmong**

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

**Italian**

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

**Tagalog**

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

**Japanese**

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

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es un plan UHC Dual Choice D-SNP?</b></p>	<p>Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) es un tipo de plan de salud Medicare Advantage. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de DC Medicaid. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble cubre todos sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta (Parte D de Medicare), y proporciona todos los medicamentos y servicios de Medicaid para los que usted cumple los requisitos conforme al programa DC Medicaid.</p>
<p><b>¿En UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de DC Medicaid que recibo ahora?</b></p>	<p>Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de DC Medicaid directamente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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 una agencia del Distrito o de servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Quando se inscriba en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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 Choice DC-Q001 (PPO 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 Choice DC- Q001 (PPO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.</p>



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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Puedo visitar a los mismos médicos que uso ahora?</b></p>	<p>Sí, puede seguir consultando al médico que usa ahora. Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), puede elegir continuar este tratamiento, independientemente de que este proveedor esté o no dentro de la red de proveedores de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).</p> <p>Es posible que los servicios de Medicaid requieran preautorización para los proveedores fuera de la red.</p> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea el <b>Directorio de Proveedores y Farmacias</b> de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) en el sitio web del plan en <b>myuhc.com/communityplan</b>.</p> <p>Si es nuevo en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</p>
<p><b>¿Qué es un navegador de cuidado de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)?</b></p>	<p>Un navegador de cuidado de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) es la persona principal con la que 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.</p>
<p><b>¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?</b></p>	<p>Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital. En algunos casos, otra agencia puede administrar estos servicios, y su navegador de cuidado o equipo de cuidado de la salud trabajará con esa agencia.</p>
<p><b>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) 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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.</p>



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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Dónde está disponible UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)?</b></p>	<p>El área de servicio de este plan incluye: Washington, DC. Usted debe vivir en esta área para inscribirse en el plan.</p> <p>* Llame a Servicio al Cliente a los números que aparecen al final de esta página para obtener más información sobre si el plan está disponible en el lugar donde usted vive.</p>
<p><b>¿Qué es una preautorización?</b></p>	<p>Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, <b>antes</b> de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p><b>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.</b> UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el <b>Capítulo 3</b> de la <b>Guía para Miembros</b> si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del <b>Capítulo 4</b> 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 a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)?	No. Dado que usted tiene DC Medicaid, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)?	En UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0.

---

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

## C. Lista de servicios cubiertos

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<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	
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	
<b>Usted desea consultar a un médico</b>	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	1 por cada año
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	\$0	
	Cuidado de especialistas	\$0	



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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	\$0 de copago (mundial) por cada visita.  En el caso de los servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, no se requiere preautorización para proveedores fuera de la red.
	Cuidado de urgencia	\$0	\$0 de copago (mundial) por cada visita.
<b>Usted necesita exámenes médicos</b>	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	
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	
<b>Usted necesita servicios para la audición</b>	Exámenes de audición	\$0	1 por cada año
	Aparatos auditivos	\$0	\$1,500 de asignación cada año para 2 aparatos auditivos* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y de marca con receta</li> <li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li>• La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía</li> </ul>



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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado dental</b>	Exámenes dentales y cuidado preventivo	\$0	\$1,500 de asignación para servicios dentales cubiertos* \$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales y coronas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin deducible anual</li> <li>• Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes</li> <li>• Posibilidad de consultar a cualquier dentista</li> </ul>
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	
<b>Usted necesita cuidado de la vista</b>	Exámenes de la vista	\$0	1 por cada año
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	El plan paga hasta \$250 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto* Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red.
	Otro cuidado de la vista	\$0	
<b>Usted necesita servicios de salud del comportamiento</b>	Servicios de salud del comportamiento	\$0	



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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada	\$0	
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	
	Cuidado tutelar de adultos y cuidado tutelar de adultos en grupo	\$0	
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Servicios de ambulancia	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia
	Transporte de emergencia	\$0	
	Transporte a citas y servicios médicos	\$0	36 viajes en una sola dirección desde o hacia citas aprobadas relacionadas con el cuidado médico y farmacias*



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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p><b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección</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>.</p>
	<p>Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare</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 (Lista de Medicamentos)</b> de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).<sup>1</sup></p> <p>Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red.</p> <p>Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.</p>
	<p>Medicamentos sin receta (OTC)</p>		<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</b> de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP).</p>

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>	Servicios de rehabilitación	\$0	
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	
	Servicios de diálisis	\$0	
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría	\$0	4 visitas por cada año
	Servicios de ortesis	\$0	
<b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b> <b>Nota:</b> Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el <b>Capítulo 4</b> de la <b>Guía para Miembros</b> .	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	
	Nebulizadores	\$0	
	Equipo de oxígeno y suministros	\$0	



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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios quiroprácticos	\$0	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.  Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.  Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.  Su plan no cubre otras marcas.
	Servicios de prótesis	\$0	
	Radioterapia	\$0	
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	
	Crédito para productos de venta sin receta (OTC) y factura de servicios públicos		\$88 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos para los miembros que califican <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y mucho más</li> <li>• Compre alimentos saludables como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</li> </ul>



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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pague facturas de servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet</li> <li>• Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li> </ul>
	Beneficio de comidas		Hasta 28 comidas durante 14 días; un número ilimitado de veces por cada año. Los miembros pueden recibir dos comidas por cada día durante 14 días, un número ilimitado de veces por cada año después del alta de servicios para pacientes hospitalizados en un hospital o un centro de enfermería especializada. Consulte la <b>Guía para Miembros</b> para obtener información detallada adicional.

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Guía para Miembros** de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Si usted no tiene una **Guía para Miembros**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

\* Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

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



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

## D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, DC Medicaid o una agencia del Distrito. Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, TennCare o una Agencia Estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP)	\$0 Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.

---

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

## E. Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid

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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid

Servicios que no se consideren “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y DC Medicaid, salvo que los indiquemos como servicios cubiertos	Procedimientos para mejoras electivas o voluntarias
Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare	Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que se cumplan los criterios requeridos
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario	Cirugía LASIK



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

## F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **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 enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un idioma y en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y navegador de cuidado
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año
  - Consultar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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



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

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia
  - Consultar 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
- **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
  - Presentar una queja ante el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Finance, DHCF) de DC al **202-442-9533**, TTY **711**
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) de DC Medicaid de servicios o artículos que sean de naturaleza médica
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud o nuestros proveedores
  - Solicitar una Audiencia Imparcial del Distrito
  - 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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

También puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos de DC al **202-724-7491**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.



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

## G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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 Choice DC-Q001 (PPO 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 6103, MS CA120-0360  
Cypress, CA 90630-0023

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

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department  
P.O. Box 6103, MS CA120-0368  
Cypress, CA 90630-0023

## 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 Choice DC-Q001 (PPO D-SNP). Los números de teléfono se encuentran al final de esta página.
- O bien, llame a Servicio al Cliente de DC Medicaid al **202-442-9533**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
- O bien, llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude de DC Medicaid al **1-877-632-2873**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **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 UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de ID de Miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP):**

**1-866-242-7726**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

**711**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.

**Si necesita cuidado inmediato de la salud del comportamiento, llame a Optum Mental Health:**

**1-866-242-7726**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

**711**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

# 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 **1-800-325-0778** o visite **ssa.gov/es**
- Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud del District of Columbia (DC) al **202-442-5988** o visite **dhcf.dc.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



Para solicitar ayuda, 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 requisitos de participación.

## Medicare Explicado

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



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

# Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Encontrará los documentos del plan en [UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan).



## ¿Consultó la Lista de Medicamentos (Formulario) en Internet para confirmar la cobertura de sus medicamentos con receta?

Los medicamentos que no están cubiertos por el plan podrían reemplazarse por medicamentos alternativos.



## ¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?

Este plan incluye una red de médicos, hospitales y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.



## ¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que su farmacia esté en la red?

Si su farmacia no está en la red, 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?

Puede encontrar una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan en la Evidencia de Cobertura en Internet.

## 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



Recibe beneficios de Medicaid



Vive en el área de servicio del plan

# Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, tiene algunas opciones entre las que elegir. Primero, necesitará tener a mano su tarjeta de Medicare, independientemente de la opción que elija.



## En internet

Visite [UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan) o escanee el código a continuación para inscribirse en Internet. Luego siga estos pasos simples:

- 1 Ingrese su código postal
- 2 Busque el plan UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) y elija el botón “Enroll” (Inscribirse)
- 3 Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón **“Chat now” (Chatear ahora)** para comunicarse con uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia.



## 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 programar una cita con un agente en su área.

Si ya tiene un agente, el agente puede revisar este plan con usted para asegurarse de que satisface sus necesidades antes de ayudarle a inscribirse.



Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O puede llenar la solicitud de inscripción y enviárnosla. Si no hay una solicitud de inscripción en esta guía, llame al número anterior para solicitar una.

Escanee este código para inscribirse en Internet



# ¿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 web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan de salud.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta 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 Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en **MyUHC.com/CommunityPlan**. En Internet, usted puede:

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

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Usted tiene acceso a una visita anual a domicilio del programa HouseCalls de UnitedHealthcare® y a la coordinación personalizada del cuidado de la salud de un Navegador de Cuidado como parte de su plan de salud
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio
- Revise los saldos de crédito de la UCard de UnitedHealthcare

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-866-242-7726**, TTY 711.

Escanee este código para  
descargar la aplicación  
UnitedHealthcare



Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# 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"/> Planes independientes 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-punto de servicio (HMO-POS) 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 enfermedades 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 2025

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO D-SNP) H2406-099-000

**Datos del miembro** (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
-----------	--------	----------------------------

Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---------------------	---

N.º de teléfono residencial ( ) -	N.º de teléfono móvil ( ) -
-----------------------------------	-----------------------------

Doy mi consentimiento para que UnitedHealthcare o sus compañías afiliadas me llamen al número de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.

N.º del Seguro Social (obligatorio para las personas que se inscriben en planes D-SNP

[que tienen elegibilidad doble]): \_ \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_

N.º de Medicare

Dirección de residencia permanente (**No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente**)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Dirección postal (**Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.**)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional)

**¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta?**  Sí  No

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió **sí**, proporcione los siguientes datos:

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHDC25LP0221915\_000

Nombre del otro seguro \_\_\_\_\_

N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
----------------	--------------	-------	------------------

**Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.**

**¿Qué métodos de pago desea usar?**

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT).

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), el Seguro Social (Social Security, SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarlo:

- Con el cheque del Seguro Social
- Factura de parte de Medicare
- Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Pago con el cheque del Seguro Social
- Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de Cuenta  Cheques  Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

N.º de ruta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N.º de cuenta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan**

**1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o en un formato accesible?**

Si prefiere recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible, elija una opción:  Inglés  Braille  Letra grande  CD de audio  CD de datos

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos 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. O visite **UHC.com/CommunityPlan** para obtener ayuda por Internet.

**2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?**  Sí  No

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

**3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.**

- No, no soy de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder**

**4. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano        |
| Asiático:   | Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico:         |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático                     | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro           |
| <input type="checkbox"/> Chino                            | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii             |
| <input type="checkbox"/> Filipino                         | <input type="checkbox"/> Samoano                      |
| <input type="checkbox"/> Japonés                          | <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico    |
| <input type="checkbox"/> Coreano                          |   |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                       | <input type="checkbox"/> Blanco                       |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática               | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b> |

Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o estatal  
(nombre de la Tribu) \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál es su género? Elija uno.**

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mujer      | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hombre     |  |
| <input type="checkbox"/> No binario | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>    |

**6. ¿Cuál de los siguientes términos representa mejor lo que usted piensa de sí mismo? Elija uno.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay                             | <input type="checkbox"/> Uso un término diferente: _____ |
| <input type="checkbox"/> Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana | <input type="checkbox"/> No sé                           |
| <input type="checkbox"/> Bisexual                                   | <input type="checkbox"/> <b>Prefiero no responder</b>    |

**7. ¿Trabaja usted o su cónyuge?  Sí  No**

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)  Sí  No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

**8. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.**

La lista que proporcione no limita la consulta solamente a estos proveedores. Usted puede consultar a cualquier médico que acepte Medicare y las condiciones de pago del plan. Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:

(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?

Sí  No

**Al incluir su correo electrónico en el espacio anterior, usted se inscribe automáticamente para recibir parte de la documentación de su plan por vía electrónica.**

Recibirá mucha de la documentación necesaria del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando nuevos documentos (por ejemplo, la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambios) están disponibles en Internet. Puede acceder a estos documentos utilizando su computadora, su tableta o su teléfono móvil.

**Marque aquí si prefiere recibir por correo copias impresas de los materiales necesarios:**

En lugar de recibir documentos por vía electrónica, le enviaremos por correo una copia impresa de los materiales necesarios. Tenga en cuenta que algunos documentos son muy grandes y es posible que no entren en todos los buzones de correo. Puede cambiar su preferencia de envío en cualquier momento.

**Lea y firme**

**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

**Al firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud**

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

**Firma del solicitante/miembro/representante autorizado**

**Fecha de hoy**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHDC25LP0221915\_000

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes**

**Datos** (\* No un Agente de Ventas)

Apellidos		Nombre	
Dirección			
Ciudad		Estado	Código postal
N.º de teléfono (      )      -		Relación con el solicitante	

**Para las Personas que ayudan al miembro a llenar este formulario únicamente**

Llene esta sección si usted es una persona (es decir, agentes de seguros, asesores del programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un miembro a llenar este formulario.

Nombre	Relación con el miembro
Firma	Número de Proveedor Nacional (agentes/agentes de seguros únicamente)

**Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia**

ID del sistema/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta
Nombre del grupo del empleador	
ID del grupo del empleador	ID de sucursal

**Para ser llenado por el agente de ventas**

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD)                                       | <input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA)                 | <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) | <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo)         |
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia)   | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP) |

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHDC25LP0221915\_000

- SEP (condición crónica)       SEP (LIS doble sin cambio de estatus)       AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)       OEPI
- SEP (razón del Período de Elección Especial) \_\_\_\_\_

**Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional)**

**Fecha**

---

**Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo o fax a:**

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City, UT 84130-0769

Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

**DECLARACIÓN DE 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) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), 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, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 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 la inscripción en el plan.

UHC Dual Choice DC-Q001 (PPO 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.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 6/30/2026

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHDC25LP0221915\_000

## Lista de Verificación de Inscripción

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 contraportada de esta guía.

### Explicación de los beneficios

- ✓ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 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 ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red.
- ✓ Revise el Directorio de 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 para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Consulte la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios fuera de la red están cubiertos por este plan. Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle el cuidado.
- ✓ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.



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.

# Recibo de inscripción 2025

**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 haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. 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: 9999**

**RxGRP: MPDCSP**

**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.



# Información importante: Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H2406

En el año 2025, UnitedHealthcare - H2406 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas

Calificación de los Servicios de Salud: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas

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.

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

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO

★ DEFICIENTE

### 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). Los miembros actuales pueden llamar al **866-242-7726** (número gratuito) o al **711** (TTY).

La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y del estado aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de manera diferente por ninguna de las siguientes razones:

- Raza o ascendencia
- Color
- Credo
- Religión
- Edad
- Nacionalidad
- Idioma
- Estado civil
- Sexo (incluida la orientación sexual e identidad de género)
- Afección médica o discapacidad (incluida la discapacidad física o mental)
- Embarazo
- Responsabilidades familiares
- Fuente del ingreso
- Lugar de residencia
- Afiliación política
- Aspecto personal

Si cree que le trataron de manera discriminatoria, puede presentar una queja a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator UnitedHealthcare  
Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

También puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

**En línea:** [hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html](https://hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html)

**Por teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

**Correo postal:**

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

Podemos ofrecer servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no sea el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

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

Si necesita otro tipo de asistencia, comuníquese con la Oficina de Atención Médica de Defensoría al 202-724-7491.

CSDC24MP0169864\_000

## English

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

## Spanish

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

## Amharic

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

## Vietnamese

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

## Korean

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

## French

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

## Arabic

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

## Mandarin

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

**Russian**

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

**Burmese**

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

**Cantonese**

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

**Farsi**

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

**Polish**

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

**Portuguese**

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

**Punjabi**

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

**Haitian Creole**

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

**Hindi**

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

**Somali**

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

**Hmong**

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

**Italian**

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

**Tagalog**

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

**Japanese**

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















# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

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

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



Llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **MyUHC.com/CommunityPlan** para:

- Servicios para la vista de rutina: MARCH® Vision Care
- Beneficios dentales de rutina: UnitedHealthcare Dental



### Aparatos auditivos

UnitedHealthcare Hearing  
1-877-704-3384  
UHChearing.com/Medicare



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum® Home Delivery Pharmacy  
1-877-889-6358  
MyUHC.com/CommunityPlan



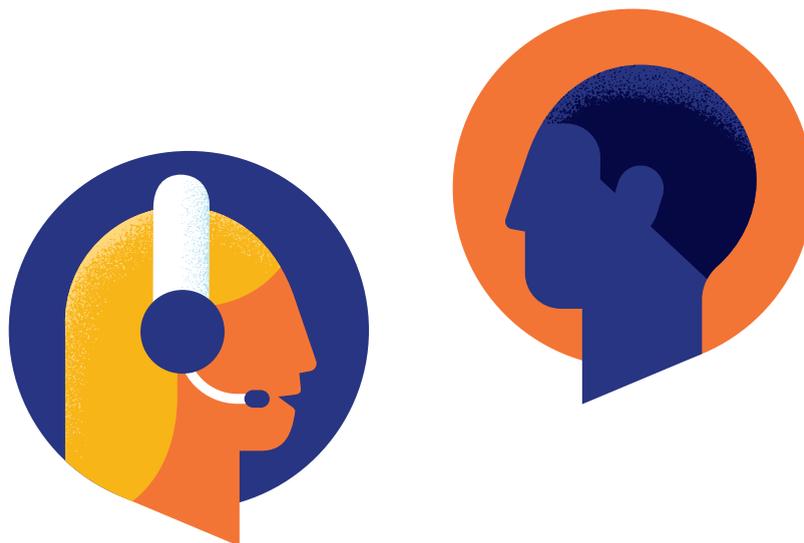
### Transporte de rutina

SafeRide  
1-866-244-3123  
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



Puede contar con nosotros para que estemos aquí cuando nos necesite.  
Llámenos cuando necesite apoyo personalizado.

## Con gusto le ayudaremos



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



[UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan)



Llame 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

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



Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2025\_C SP

UHDC25LP0216934\_000