



# Guía de Inscripción 2025

**UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)**

**UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)**

H2226-001-000

H2226-003-000

**Área de servicio:** Massachusetts - Condados de Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, Worcester

**United  
Healthcare®  
Community Plan**

**SCO**  
Senior Care Options  
Medicare Advantage



MA-Y001 QMB+, SLMB+ con formulario  
MA-Y002 QMB+, SLMB+ with LTC

# 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

UnitedHealthcare ofrece cobertura en la que puede confiar para toda su vida por delante. Con Senior Care Options diseñado para todos los presupuestos, etapas y edades, somos la marca de planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble más elegida<sup>1</sup> de los Estados Unidos.



## Reciba más por su dinero de Medicare

Reciba cuidado confiable sin gastos de su bolsillo. 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>2</sup> para que le orienten. Y con nuestro compromiso Right Plan Promise<sup>®3</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>El más elegido según el total de inscripciones en planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP), conforme a los datos de inscripción de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, mayo de 2023

<sup>2</sup>Un Especialista en Planes de Medicare es un agente o productor de ventas de seguros con licencia.

<sup>3</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.

# Obtenga todos sus beneficios médicos en un solo plan



El plan Senior Care Options (SCO) de UnitedHealthcare es un plan de Cuidado Coordinado que combina todos sus beneficios de MassHealth Standard y de Medicare Original en un solo plan. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores locales de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.

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



### Use siempre proveedores de la red.

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



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



**Ningún gasto de su bolsillo en los medicamentos cubiertos u otros beneficios de cuidado de la salud aprobados de proveedores de la red.** Si recibe cuidado de un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su bolsillo.



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



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



**Este plan incluye cobertura dental médicamente necesaria, como conductos radiculares, coronas e implantes, sin costo para usted.**



**Reciba apoyo de su administrador del cuidado de la salud personal, quien puede hacer citas, coordinar servicios de transporte y ayudarle a aprovechar al máximo su plan.**

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 Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)

## UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)

Como miembro de UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) o UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP), **usted no tiene gastos de su bolsillo**. Usted no será responsable de ningún copago o coseguro por los medicamentos u otros servicios cubiertos que reciba de proveedores del plan.

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

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

### Beneficios médicos

#### Visita al consultorio médico

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

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

|                   |   |
|-------------------|---|
| Visitas virtuales | \$0 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 |
|------------------------------|-----|

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

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

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

## Beneficios médicos

### Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

|  |   |
|--|---|
| Terapia de grupo   | \$0   |
| Terapia individual   | \$0   |
| Visitas virtuales  | \$0 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 para las marcas que tienen cobertura  |
| <b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b> | \$0   |
| <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>   | \$0   |
| <b>Servicios de laboratorio</b>  | \$0   |
| <b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>  | \$0   |
| <b>Ambulancia</b>  | \$0 por transporte terrestre o aéreo  |
| <b>Cuidado de emergencia</b>   | \$0 (mundial)   |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>  | \$0 (mundial)   |

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

|   |     |
|---|-----|
| <b>Acupuntura</b>   | \$0 |
| <b>Servicios de salud diurnos para adultos</b>  | \$0 |
| <b>Cuidado tutelar de adultos (AFC)/<br/>Cuidado tutelar de adultos en grupo (GAFC)</b> | \$0 |
| <b>Servicios quiroprácticos/Cuidado quiropráctico</b>                                   | \$0 |
| <b>Servicios dentales</b>   | \$0 |

|   |  |
|---|--|
| <b>Servicios dentales integrales (por encima de los beneficios dentales regulares cubiertos por Medicaid)</b>                 |  |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b>   | \$0, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria.  |
| <b>Cuidado de los pies</b><br><b>Cuidado de los pies de rutina (cubierto por Medicaid)</b>                                    | \$0  |
| <b>Coordinación de servicios de apoyo geriátrico (GSSC)</b>   | \$0  |
| <b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>  | \$0, 1 por año   |
| <b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>                           | \$125 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables que tienen cobertura, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos de compañías de servicios públicos de la red  |
| <b>Servicios de un asistente para el cuidado personal</b>   | \$0  |
| <b>Transporte</b>   | \$0 por un número ilimitado de viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias   |
| <b>Servicios para la vista –</b><br><b>Artículos para la vista de rutina</b>  | <p>\$0</p> <p>El plan paga hasta \$300 cada año para la compra de 1 par de marcos (con lentes estándar totalmente cubiertos) o lentes de contacto (es posible que exista un costo adicional por el ajuste y la evaluación) a través de proveedores de la red.</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente 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 para la Vista - Examen de la vista de rutina (por encima de los beneficios regulares cubiertos por Medicaid)</b> | \$0, 1 por año   |

| <b>Medicamentos con receta</b>  |  |
|---|--|
| <b>Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red</b>           |  |
| <b>Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)</b> | \$0 de copago<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| <b>Todos los demás medicamentos</b>   | \$0 de copago<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |



UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa SCO. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero. El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra. Usted debe vivir en nuestra área de servicio para inscribirse.

Y0066\_MABH\_2025\_SP\_M H2226001000\_H2226003000

UHCSCO\_MABH\_2025\_SP\_M H2226001000\_H2226003000

CSMA25HM0239186\_000



# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)**  
**UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)**

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

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

 Número gratuito **1-888-867-5511**, TTY **711**  
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

**United  
Healthcare®  
Community Plan**

**SCO**  
Senior Care Options  
Medicare Advantage



Y0066\_SB\_H2226\_001\_000\_H2226\_003\_000\_2025\_M SP  
UHCSCO\_SB\_H2226\_001\_000\_H2226\_003\_000\_2025\_M SP

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) y UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP) (UHC Senior Care Options). 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 Senior Care Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

## Índice

|    |  |    |
|----|--|----|
| A. | Exenciones de responsabilidad .....  | 3  |
| B. | Preguntas frecuentes (FAQ) .....   | 10 |
| C. | Lista de servicios cubiertos .....   | 15 |
| D. | Beneficios cubiertos fuera de UHC Senior Care Options.....   | 25 |
| E. | Servicios que no están cubiertos por UHC Senior Care Options, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid)..... | 26 |
| F. | Sus derechos como miembro del plan .....   | 27 |
| G. | Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado .....   | 29 |
| H. | Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....   | 29 |

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Senior Care Options del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura**. Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options al número que se encuentra al final de esta página para solicitar una copia o consúltela en Internet en **es.UHCCommunityPlan.com**.

- UHC Senior Care Options (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. Es para personas que tienen MassHealth Standard (Medicaid) y son mayores de 65 años.
- UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard (Medicaid) y Medicare Original, y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard (Medicaid), pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Standard Senior Care Options y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth Standard a través de nuestro programa SCO. Para inscribirse, usted debe vivir en nuestra área de servicio.
- Con UHC Senior Care Options, usted puede recibir sus servicios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) en un solo plan de salud llamado Senior Care Options. Un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UHC Senior Care Options le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- Los planes pueden ofrecer beneficios complementarios, además de los beneficios de la Parte C y los beneficios de la Parte D.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual Medicare y Usted. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**) o solicitarlo por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
- Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. Los miembros no tienen gastos de su bolsillo.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- 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.
- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.
- La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.
- Para obtener más información sobre **Medicare**, usted puede leer el manual **Medicare y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**) o por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Para obtener más información sobre el programa **MassHealth (Medicaid)**, llame al **1-800-841-2900**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-497-4648**.
- Llame a Servicio al Cliente y pida que se anote en nuestro sistema que desea recibir los materiales del plan en español, letra grande, braille o audio a partir de ahora.
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con **es.Medicare.gov** o al **1-800-MEDICARE** para obtener información sobre todas sus opciones.
- El Programa del Defensor del Afiliado (Ombudsman) de Massachusetts ayuda a las personas inscritas en el programa MassHealth (Medicaid) con problemas en el servicio o la facturación. Puede ayudarle a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan. El programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (Long Term Care, LTC) ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares. Para comunicarse con cualquiera de estos programas, llame al: 1-855-781-9898 (número gratuito), videoteléfono (para personas sordas y con limitaciones auditivas):
  - 339-224-6831. (Para llamar a este número, se necesita un equipo telefónico especial). También puede escribir un correo electrónico a: [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org) o a su oficina en 25 Kingston St 4th floor, Boston, MA 02111. La oficina tiene acceso para silla de ruedas. También puede obtener información en su sitio web: [myombudsman.org](http://myombudsman.org).
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare Senior Care Options, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- La participación en el programa de acondicionamiento físico es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa de acondicionamiento físico varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.



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

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

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

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

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

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro del plan de salud, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.

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:**

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

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro del plan de salud, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.



UnitedHealthcare Community Plan does not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130  
**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again.

If you need help with your complaint, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY **711**, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

**Online:**

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

Complaint forms are available at

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

**Phone:**

Toll-free **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

**Mail:**

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

If you need help with your complaint, please call the toll-free member phone number listed on your member ID card.

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY **711**, 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call the toll-free member phone number listed on your ID card.

**Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en la tarjeta de ID.

**Português (Portuguese)**

ATENÇÃO: Se você fala português, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue para o número de telefone gratuito para membros do seu cartão de ID.

**中文 (Chinese)**

請注意：如果您說中文，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打您會員卡所列的免付費會員電話號碼。

**Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl ayisyen, ou kapab benefisye sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo telefòn gratis pou manm lan ki endike sou kat ID ou.

**Tiếng Việt (Vietnamese)**

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí dành cho hội viên ghi trong thẻ ID hội viên của quý vị.

**Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является русским. Позвоните на бесплатный номер телефона для участника, указанный на вашей идентификационной карте участника.

**العربية (Arabic)**

تنبيه: إذا كنت تتحدث الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متوفرة من أجلك. من فضلك اتصل على رقم الخدمة المجاني الخاص بالعضو والموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك.

**ភាសាខ្មែរ (Khmer)**

សម្គាល់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសា ដោយឥតគិតថ្លៃ មានផ្តល់ជូនអ្នក។ សូមទូរសព្ទទៅលេខឥតគិតថ្លៃដូចមានសរសេរនៅក្នុងអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណរបស់អ្នក។

**Français (French)**

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'affilié.

**Italiano (Italian)**

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

**한국어 (Korean)**

알림: 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 ID 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 전화하십시오.

**Ελληνικά (Greek)**

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. Παρακαλείστε να καλέσετε το δωρεάν αριθμό τηλεφώνου που βρίσκεται στο δελτίο ταυτότητας μέλους.

**Polski (Polish)**

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny członkowski numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

**हिंदी (Hindi)**

कृपया ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएं, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहिचान-पत्र की सूची में दिए गए टोल फ्री सदस्य फोन नंबर पर कॉल करें।

**ગુજરાતી (Gujarati)**

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે. મહેરબાની કરી તમારા આઈડી કાર્ડની સૂચિ પર આપેલા સભ્ય માટેના ટોલ-ફ્રી નંબર ઉપર કોલ કરો.

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

| Preguntas frecuentes                               | Respuestas   |
|--|--|
| <p><b>¿Qué es un Plan Senior Care Options?</b></p> | <p>Un Plan Senior Care Options es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con MassHealth Standard para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. Es para personas mayores de 65 años que tienen la cobertura de Medicare y de MassHealth Standard, y ningún otro seguro de salud integral. Un Plan Senior Care Options es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS), así como otros proveedores. También cuenta con administradores o coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a manejar la totalidad de sus proveedores, servicios y apoyos. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.</p> <p>Nuestro Plan NHC es para adultos de edad avanzada mayores de 65 años que están inscritos en las Partes A y B de Medicare y en la cobertura de MassHealth Standard, que no tienen ningún otro seguro de salud integral y que viven en una institución o que están en la comunidad, pero reciben servicios de apoyo a domicilio y en la comunidad porque tienen déficits funcionales. Estos servicios ayudan a las personas que normalmente califican para un asilo de convalecencia (certificables para Asilo de Convalecencia) a permanecer de forma segura en su domicilio.</p> |

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

| Preguntas frecuentes  | Respuestas  |
|---|---|
| <p><b>¿Recibiré los mismos beneficios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) que recibo ahora en UHC Senior Care Options?</b></p> | <p>Usted recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) directamente de UHC Senior Care Options. 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 de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal como el Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios para el Desarrollo.</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Senior Care Options, usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado 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 Senior Care Options normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Senior Care Options 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 Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com)**.

| Preguntas frecuentes   | Respuestas  |
|--|---|
| <p><b>¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora?</b></p>  | <p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Senior Care Options y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. <b>Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Senior Care Options.</b> Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC Senior Care Options.</li> </ul> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el <b>Directorio de Proveedores</b> de UHC Senior Care Options en el sitio web del Plan en <b>es.UHCCommunityPlan.com</b>.</p> <p>Si es nuevo en UHC Senior Care Options, colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</p> |
| <p><b>¿Qué es un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UHC Senior Care Options?</b></p> | <p>Un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UHC Senior Care Options es la principal persona con la que usted debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.</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.</p>   |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

| Preguntas frecuentes   | Respuestas  |
|--|---|
| <b>¿Qué es un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC)?</b>   | Un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (Geriatric Services Supports Coordinator, GSSC) de UHC Senior Care Options es la persona con la que usted se comunica, que integra su equipo de cuidado de la salud y que es experta en apoyos y servicios a domicilio y en la comunidad. Esta persona le ayuda a recibir servicios que le permiten vivir de manera independiente en su domicilio.  |
| <b>¿Qué puedo hacer si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Senior Care Options puede prestarlo?</b> | Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Senior Care Options pagará el costo de un proveedor fuera de la red.   |
| <b>¿Dónde está disponible UHC Senior Care Options?</b>   | El área de servicio de este plan incluye: los condados de Bristol, Essex, Franklin, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk y Worcester, Massachusetts. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.   |
| <b>¿Qué es una preautorización?</b>  | <p>Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Senior Care Options 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 usted o su proveedor no obtienen la preautorización, es posible que UHC Senior Care Options 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 preautorización primero.</b> UHC Senior Care Options puede proporcionarles a usted o su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Senior Care Options antes de que se preste el servicio. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no 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 Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

| Preguntas frecuentes   | Respuestas  |
|--|---|
| <b>¿Debo pagar una cantidad mensual (también se le llama prima) en UHC Senior Care Options?</b>                              | No. Dado que usted tiene el programa MassHealth (Medicaid), no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.   |
| <b>¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Senior Care Options?</b>   | No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Senior Care Options.   |
| <b>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Senior Care Options?</b> | En UHC Senior Care Options, no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red. El máximo de gastos de su bolsillo excluye primas, costos de medicamentos con receta y beneficios sin cobertura de Medicare. |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com)**.

### 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) — los servicios deben ser médicamente necesarios   |
|--|--|---|---|
| <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. Su proveedor tendrá que obtener una preautorización para los servicios. |
|  | Cuidado de un médico o un cirujano                                       | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|  | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|  | Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)                      | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

| 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) — los servicios deben ser médicamente necesarios   |
|---|---|---|---|
| <b>Usted desea consultar a un médico</b>    | Visitas para tratar una lesión o enfermedad   | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|   | Cuidado de especialistas  | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|   | Visitas de bienestar, como un examen médico   | \$0   | Los exámenes médicos de rutina se limitan a uno por cada año calendario.  |
|   | Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales y contra la COVID-19, y pruebas de detección del cáncer | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|   | “Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)  | \$0   | Con cobertura solamente dentro de los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare.  |
| <b>Usted necesita cuidado de emergencia</b> | Servicios recibidos en la sala de emergencias   | \$0   | <b>Hay cobertura mundial disponible. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.</b> Usted puede usar cualquier sala de emergencias, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.     |
|   | Cuidado de urgencia   | \$0   | <b>Hay cobertura mundial disponible. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.</b> Puede usar cualquier centro de cuidado de urgencia, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización. |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

| <b>Problema o necesidad de salud</b>             | <b>Servicios que usted podría necesitar</b>   | <b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b> | <b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>   |
|--|---|--|--|
| <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  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
|  | Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre   | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
| <b>Usted necesita servicios para la audición</b> | Exámenes de audición  | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Los exámenes de audición de rutina no requieren autorización.  |
|  | Aparatos auditivos  | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. 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. |
| <b>Usted necesita cuidado dental</b>             | Exámenes dentales y cuidado preventivo  | \$0  | Se limitan a una visita cada seis meses.   |
|  | Cuidado dental restaurativo y de emergencia   | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

| 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) – los servicios deben ser médicamente necesarios  |
|--|--|---|--|
| <b>Usted necesita cuidado de la vista</b>                    | Exámenes de la vista   | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Los exámenes de la vista de rutina no requieren autorización.  |
|  | Anteojos o lentes de contacto  | \$0   | El plan paga hasta \$300 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están cubiertos en su totalidad. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de UnitedHealthcare Vision (solo productos selectos). |
|  | Otro cuidado de la vista   | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
| <b>Usted tiene una condición de salud del comportamiento</b> | Servicios para la salud del comportamiento   | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
|  | Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan cuidado de la salud del comportamiento | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
| <b>Usted tiene un trastorno por consumo de sustancias</b>    | Servicios para trastornos por consumo de sustancias  | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

| 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) — los servicios deben ser médicamente necesarios  |
|---|--|---|--|
| <b>Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle</b> | Cuidado de enfermería especializada                              | \$0   | Hasta 100 días por cada año calendario. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
|   | Cuidado en un asilo de convalecencia                             | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
|   | Cuidado tutelar de adultos y cuidado tutelar de adultos en grupo | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
| <b>Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>           | Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla            | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
| <b>Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud</b>                         | Servicios de ambulancia  | \$0   | Se requiere autorización para el transporte en ambulancia terrestre y aérea, cubierto por Medicare, que no es de emergencia.   |
|   | Transporte de emergencia   | \$0   | Disponible en todo el mundo y en los Estados Unidos y sus territorios sin autorización.  |
|   | Transporte a citas y servicios médicos                           | \$0   | Número ilimitado de viajes en una sola dirección desde o hacia citas relacionadas con el cuidado médico aprobadas y la farmacia en Commonwealth of Massachusetts. El transporte fuera del estado requiere una preautorización. Es necesario hacer reservas. Servicio prestado por ModivCare®. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

| 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) — los servicios deben ser médicamente necesarios   |
|--|--|---|---|
| <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>Evidencia de Cobertura</b>.</p>   |
|  | <p>Medicamentos genéricos (no de marca)</p>              | <p>\$0</p>                                  | <p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UHC Senior Care Options.</p> <p>En farmacias minoristas o farmacias de pedidos por correo, hay suministros extendidos de días disponibles sin costo adicional para usted.</p> |
|  | <p>Medicamentos sin receta (OTC)</p>                     | <p>\$0</p>                                  | <p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UHC Senior Care Options.</p>  |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

| <b>Problema o necesidad de salud</b>   | <b>Servicios que usted podría necesitar</b> | <b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b> | <b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>                                       |
|--|---|--|--|
| <b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>   | Servicios de rehabilitación                 | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
|  | Equipo médico para cuidado a domicilio      | \$0  | Se requiere preautorización para cierto equipo médico. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.                 |
|  | Servicios de diálisis                       | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
| <b>Usted necesita cuidado de los pies</b>  | Servicios de podiatría                      | \$0  | Seis visitas de cuidado de los pies de rutina y todas las visitas que sean médicamente necesarias. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. |
|  | Servicios de ortesis                        | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
| <b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b><br><br><b>Nota:</b> Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el Capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b> . | Sillas de ruedas, muletas y andadores       | \$0  | Se requiere preautorización para cierto equipo médico. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.                 |
|  | Nebulizadores                               | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |
|  | Equipo de oxígeno y suministros             | \$0  | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.  |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

| 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) — los servicios deben ser médicamente necesarios                                       |
|--|---|---|---|
| <b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio</b> | Servicios de asistencia médica a domicilio  | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|  | Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa   | \$0   | Se requiere preautorización para ciertos servicios a domicilio. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización. |
|  | Servicios de salud diurnos para adultos u otros servicios de apoyo  | \$0   | Usted debe obtener una preautorización de su Plan de Salud.   |
|  | Servicios para la habilitación diurna   | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|  | Servicios para ayudarlo a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal) | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

| 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) — los servicios deben ser médicamente necesarios   |
|--|--|---|---|
| <b>Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)</b> | Servicios quiroprácticos                 | \$0   | Hasta 20 visitas sin autorización   |
|  | 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 Verio Reflect®, OneTouch® Verio, 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. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.  |
|  | Programa de acondicionamiento físico     | \$0   | Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía gratuita a un gimnasio</li> <li>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li>• Clases gratuitas, actividades sociales y eventos</li> <li>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li>• Actividades para ejercitar la memoria por Internet</li> </ul> |

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).

| 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) – los servicios deben ser médicamente necesarios |
|---|--|---|---|
| <b>Servicios adicionales (continuación)</b> | Tarjeta para productos de venta sin receta (OTC) | \$0   | \$125 de crédito cada mes para pagar alimentos, productos de venta sin receta y ciertas facturas de servicios públicos cubiertos            |
|   | Servicios de prótesis                            | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|   | Radioterapia                                     | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|   | Servicios para ayudarlo a manejar su enfermedad  | \$0   | Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.   |
|   | Visitas virtuales médicas                        | \$0   | Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.   |
|   | Visitas virtuales de salud del comportamiento    | \$0   | Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.   |

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Senior Care Options. Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options al número que se encuentra al final de esta página para solicitar una copia. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options o visitar [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).

## D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Senior Care Options

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Senior Care Options, pero que están cubiertos por Medicare o el programa MassHealth (Medicaid). Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

| <b>Otros servicios cubiertos por Medicare o el programa MassHealth (Medicaid)</b>  | <b>Sus costos</b>   |
|--|---|
| Ciertos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de UHC Senior Care Options (Si solamente tiene MassHealth Standard, usted será responsable de los costos, a menos que el centro de cuidados paliativos tenga un contrato con UnitedHealthcare.) | \$0   |
| Rehabilitación psicosocial   | Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).          |
| Administración de casos dirigida a grupos específicos  | Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).          |
| Habitación y comida en casa de reposo  | Llame al Departamento de Ayuda para la Transición para obtener más información. |

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## E. Servicios que no están cubiertos por UHC Senior Care Options, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid)

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

### Servicios que no están cubiertos por UHC Senior Care Options, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid)

|   |  |
|---|--|
| Ningún cuidado médico, excepto servicios para emergencias o servicios requeridos de urgencia, recibido fuera de los Estados Unidos y sus territorios  | Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico.   |
| Histerectomía, ligadura de trompas o vasectomía electivas, si la indicación primaria para estos procedimientos es la esterilización. Reversión de procedimientos de esterilización, dispositivos de vacío para disfunción eréctil o suministros anticonceptivos sin receta. | Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, contra el envejecimiento y para el rendimiento mental), a menos que sean médicamente necesarios  |
| Equipos o suministros que acondicionen el aire y otros equipos que no sean principalmente médicos   | Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica. |
| Vacunas para viajes al extranjero   | Servicios de naturopatía (que usan tratamientos alternativos o naturales)  |
| Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor  | Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria  |
| Servicios que no se consideran razonables ni médicamente necesarios, según las normas de Medicare Original, a menos que los cubra el programa MassHealth (Medicaid)   | Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario  |

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## **F. Sus derechos como miembro del plan**

Como miembro de UHC Senior Care Options, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa, con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener 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
  - Recibir información en otros formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- **Usted tiene derecho a recibir información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar 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 (los miembros de SCO no tienen gastos de su bolsillo)
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento del año
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión. UHC Senior Care Options 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 Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener 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
  - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal
- **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
  - Solicitar una audiencia imparcial estatal
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options al número que se encuentra al final de esta página.

También puede llamar al programa My Ombudsman al **1-855-781-9898** (o usar MassRelay al **711** para llamar al **1-800-872-0166** o Videoteléfono [Videophone, VP] al **339-224-6831**).

**Aviso de Recuperación del Patrimonio: El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite [mass.gov/estaterecovery](https://mass.gov/estaterecovery).**

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [es.UHCCommunityPlan.com](https://es.UHCCommunityPlan.com).

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

Si tiene una queja o cree que UHC Senior Care Options debería cubrir algo que denegamos, llame al número que se encuentra al final de la página. Tal vez podría apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 8 de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options.

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

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

UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department  
PO 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  
PO 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 Senior Care Options. Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen.
- O bien, llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth (Medicaid) al **1-800-841-2900**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-497-4648**.
- O bien, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Senior Care Options al **1-888-867-5511** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

## **Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de ID de miembro de UnitedHealthcare, llame a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options:**



Llame al **1-888-867-5511**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas.

**TTY 711**

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

## **Si tiene preguntas sobre su salud:**

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



Llame al **1-888-867-5511**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. UHC Senior Care Options también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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



Llame al **1-888-867-5511**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana. UHC Senior Care Options también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, 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 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**
- Al Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, TTY 711 o visite **mass.gov**

## Recursos para Cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo a nuestros miembros y a las personas que cuidan de ellos. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame o visite **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. Podemos 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



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 recibir ayuda, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, si desea 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 usted necesita saber sobre Medicare, de modo que pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.



**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?

Si sus proveedores no están en la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red.



## ¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que 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:



Tiene más de 65 años de edad y está inscrito en MassHealth Standard y no tiene ningún otro seguro de salud (excepto Medicare)



Tiene derecho a las Partes A y B de Medicare Original



Vive en el área de servicio del plan

**Para H2226-003, usted también puede:**

Vivir en una institución o recibir ciertos servicios a domicilio y en la comunidad

# Cómo inscribirse

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



## 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 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.

# ¿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.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta en Internet



Reciba su tarjeta  
de ID de miembro  
por correo



¡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)

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite **uhhousecalls.com** si desea más información
- Conéctese con un administrador del cuidado de la salud, quien puede ayudarle a coordinar su cuidado
- Responda su evaluación de salud para conectarse con recursos que pueden ayudarle a vivir más saludable. Este es un requisito de Medicare y del programa MassHealth

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-888-867-5511**, TTY **711**.

Escanee este código para  
descargar la aplicación  
UnitedHealthcare



# 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):**

- Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos
- Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)
- Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)
- Productos dentales, de la vista o de la audición
- Productos de indemnización hospitalaria

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.

## Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

**Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare** — Plan independiente de medicamentos que agrega 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.

UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Option y recibir todos los beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa Senior Care Options.

H2226\_SOA\_240601\_SP\_C

UHCSCO\_240601\_092200\_SP

CSMA25HM0173952\_000

# Autorización para Compartir Información Personal

**Llene el formulario y envíelo a:**

UnitedHealthcare Community & State Medicaid  
 P.O. Box 30753, Salt Lake City, UT 84130  
 Fax: 1-844-386-9286

Solicito a UnitedHealthcare Insurance Company (UHIC) que, en nombre propio y en el de compañías relacionadas, divulgue mi información de salud personal, incluidos registros médicos, de reclamos o de beneficios, a: \_\_\_\_\_.

(Nombre del destinatario – en letra de molde)

Estos registros pueden contener información sobre tratamientos o servicios específicos que he recibido. Estos registros pueden contener información creada por otros.

Este Formulario de Autorización para Compartir Información Personal permite que UnitedHealthcare Insurance Company (UHIC), en nombre propio y en el de compañías relacionadas, revele o entregue su información de salud personal a la persona que usted elija. Autorizo a UHIC a divulgar toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, reproductiva, de la vista, de farmacia, sobre abuso de sustancias, VIH o sida, salud mental, psicoterapia, enfermedades contagiosas y programas. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) nos exige que obtengamos su permiso antes de divulgar su información.

**Sección 1: Información del miembro**

Nombre del miembro (en letra de molde)

Número de ID de miembro

Dirección permanente (ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

Dirección de correo electrónico (opcional)\*

**Sección 2: Vencimiento y revocación**

Entiendo que:

- 1) Esta autorización vence un año después de la fecha en que firmé esta autorización, o vencerá el \_\_\_\_\_.
- 2) Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento. Debo hacerlo por escrito y enviar mi solicitud a los planes de salud. En la Evidencia de Cobertura puedo encontrar la información de contacto del plan. Si UHIC ya ha divulgado mi información de salud personal antes de recibir mi solicitud por escrito, mi solicitud no cancelará ningún pedido de información realizado antes de que se recibiera la solicitud por escrito.
- 3) Esta autorización es voluntaria. Puedo rehusarme a firmar este formulario sin que mis beneficios de salud se vean afectados.
- 4) Una vez que se haya divulgado la información de salud, podría ser divulgada nuevamente y no estar protegida por las leyes federales de privacidad.

**Sección 2 (continuación)**

Nombre del miembro (en letra de molde)

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Firma del miembro | Fecha<br>MM - DD - YYYY |
|-------------------|-------------------------|

Se necesita la firma de un testigo solamente si el miembro firma con una "X" debido a que tiene limitaciones físicas, es analfabeto o por otros motivos. El testigo no debe ser la persona o entidad nombrada anteriormente.

Nombre del testigo (en letra de molde)

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Firma del testigo | Fecha<br>MM - DD - YYYY |
|-------------------|-------------------------|

**Sección 3 (opcional): Destinatario de la información**

Nombre del destinatario

Dirección permanente (ciudad, estado, código postal)

|   |                         |
|---|-------------------------|
| Número de teléfono<br>■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ | Relación con el miembro |
|---|-------------------------|

Dirección de correo electrónico (opcional)\*

**Información del representante personal**

Nombre

Dirección (ciudad, estado, código postal)

|   |  |
|---|--|
| Número de teléfono<br>■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ | Relación con el miembro: <input type="checkbox"/> Poder legal<br><input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Otra _____ |
|---|--|

|                         |                         |
|-------------------------|-------------------------|
| Firma del representante | Fecha<br>MM - DD - YYYY |
|-------------------------|-------------------------|

\*Al proporcionar una dirección de correo electrónico, usted autoriza a UHIC para que le envíe novedades ocasionales del plan. UHIC no vende información ni la comparte con compañías ajenas a nuestra organización UnitedHealth Group. Usted puede solicitar en cualquier momento que dejen de enviarle estos mensajes de correo electrónico.

**Tenga en cuenta:** Esta autorización no permite que la persona o entidad nombrada anteriormente le represente en una apelación de reclamos, ni que tome ninguna de sus decisiones de tratamiento o decisiones de cuidado directo. Si desea que otra persona tome decisiones sobre el cuidado de la salud y tratamiento en nombre de usted, deberá presentar documentación legal adicional y un formulario diferente.



## Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2025

- UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) H2226-001-000
- UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP) H2226-003-000

Esta solicitud es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) y eligen inscribirse en UnitedHealthcare® Senior Care Options. Usted también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa UnitedHealthcare® SCO.

### Información sobre MassHealth Standard (Medicaid)

¿Está inscrito en el programa MassHealth?  Sí  No

Escriba su número del programa MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta del programa MassHealth. Ese número tiene 12 dígitos y se encuentra debajo de su nombre.

Número del programa MassHealth \_\_\_\_\_

**Para inscribirse en una organización de cuidado para adultos de edad avanzada, usted debe tener los beneficios de MassHealth Standard. Para solicitar su inscripción en el programa MassHealth, llame al 1-888-834-3721 (TTY 1-800-497-4648 para personas con pérdida auditiva total o parcial).**

### 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]): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

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

H2226\_ERF\_2025\_C SP

UHMA25HM0221998\_000

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2025

Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)

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 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.**

**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  Chino  Braille  Letra grande  CD de audio  CD de datos  Otro

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. ¿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

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

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

H2226\_ERF\_2025\_C SP

UHMA25HM0221998\_000

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2025

- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder**

**3. ¿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) \_\_\_\_\_

**4. ¿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>    |

**5. ¿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>    |

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

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

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

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

H2226\_ERF\_2025\_C SP

UHMA25HM0221998\_000

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2025

N.º de miembro \_\_\_\_\_

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

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

**Lea y firme**

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

- Esta organización de cuidado para adultos de edad avanzada, UnitedHealthcare® SCO, es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. UnitedHealthcare® SCO también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts o el programa MassHealth. No se trata de un Plan Complementario de Medicare. Debo mantener mi plan de MassHealth Standard. 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.
- Como estoy inscrito en el programa MassHealth, puedo dejar UnitedHealthcare® SCO si tengo un período de elección que califica. Dejaré de estar cubierto por el plan UnitedHealthcare® SCO el primer día del mes posterior al mes en que solicite dejar el plan. UnitedHealthcare® SCO cubre un área de servicio específica. Si tengo planeado mudarme fuera del área de servicio del plan UnitedHealthcare® SCO, llamaré al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro del plan UnitedHealthcare® SCO, si estoy en desacuerdo con las decisiones del plan sobre pagos y servicios, tengo derecho a apelarlas.
- 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

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

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

H2226\_ERF\_2025\_C SP

UHMA25HM0221998\_000

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2025

- 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.
  - La inscripción en este plan podría afectar los beneficios de salud que recibo de mi empleador o sindicato. Si tengo una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en este plan puede afectar el funcionamiento de mi cobertura actual. Mis dependientes o yo podríamos perder toda nuestra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si me inscribo en este plan. Hablaré con mi empleador o sindicato. Preguntaré si mi inscripción en este plan podría afectar a mi plan actual. También sería conveniente que consulte el sitio web de mi empleador o sindicato, o leer cualquier información que me hayan enviado. Si no hay información sobre con quién comunicarse, mi administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre mi cobertura pueden ayudarme.
  - Aviso de Recuperación del Patrimonio:** El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite [www.mass.gov/estatercovery](http://www.mass.gov/estatercovery)
  - 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

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

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

H2226\_ERF\_2025\_C SP

UHMA25HM0221998\_000

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2025

solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

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

**Fecha de hoy**

**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 |

**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) |
|--|--|---|---|

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

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

H2226\_ERF\_2025\_C SP

UHMA25HM0221998\_000

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2025



Fax: 1-855-250-2168

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 Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

UnitedHealthcare Senior Care Options es un plan de Cuidado Coordinado que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para Medicare Original, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse en nuestro plan MassHealth Senior Care Options (SCO) y recibir todos sus beneficios del programa MassHealth a través de nuestro programa Senior Care Options.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al 1-844-560-4944, TTY **711**, todos los días, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

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

H2226\_ERF\_2025\_C SP

UHMA25HM0221998\_000

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2025

## 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. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ 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

- ✓ Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ 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. Para calificar, usted debe ser mayor de 65 años, cumplir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y en MassHealth Standard. También podría necesitar vivir en su propio domicilio o en un centro de enfermería. Si usted tiene MassHealth Standard, pero no califica para la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare, tal vez aún cumpla los requisitos para inscribirse.

# 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 tarjeta de ID de miembro. El recibo no es garantía de inscripción.

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

## Solicitante 1:

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

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

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

### H2226-001 y H2226-003

Medicare y MassHealth:

**RxBIN: 610097**

**Rx PCN: 9999**

**RxGRP: MPDMACSP**

### H2226-001

Solamente MassHealth:

**RxBIN: 610494**

**Rx PCN: 9999**

**RxGRP: ACUMA**

**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.



H2226\_ER\_2025\_C SP  
UHCSO\_ER\_2025\_C SP

CSMA25HM0235354\_000

# Información importante: Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H2226

En el año 2024, UnitedHealthcare - H2226 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ★ ↘ 4.5 estrellas

Calificación de los Servicios de Salud: ★ ★ ★ ★ ↘ 4.5 estrellas

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★ ★ ★ ★ ↘ 4.5 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 **800-555-5757** (número gratuito) o al **711** (TTY). Los miembros actuales pueden llamar al **888-867-5511** (número gratuito) o al **711** (TTY).

**La discriminación es ilegal.** La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye, ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, religión, credo o sexo, incluidas las características sexuales como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones similares, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales.

Tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que le hemos tratado de manera discriminatoria. Puede presentar una queja en

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

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

También puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

**En línea:**

**<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**

**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

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro, los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m.

**English:** ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the toll-free number on your member identification card.

**Spanish:** ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

**Portuguese:** ATENÇÃO: a tradução e outros serviços de assistência linguística estão disponíveis sem qualquer custo para si. Se necessitar, telefone para o número gratuito no seu cartão de identificação de associado.

**Chinese:** 注意：您可以免費獲得翻譯及其他語言協助服務。如果您需要協助，請撥打會員身份識別卡上的免付費電話。

**Haitian Creole:** ATANSYON: Gen tradiksyon ak lòt sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Si ou bezwen èd, tanpri rele nimewo gratis lan ki sou kat idantifikasyon ou kòm manm lan.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số miễn cước trên thẻ nhận dạng hội viên của quý vị.

**Russian:** ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если Вам нужна помощь, позвоните по номеру телефона для бесплатных звонков, указанному на Вашей идентификационной карточке участника.

**Khmer:** សម្គាល់៖ សេវាកម្មបកប្រែ និងជំនួយផ្នែកភាសាផ្សេងទៀត គឺអាចរកបានដោយឥតគិតថ្លៃពីអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយ សូមទូរសព្ទទៅលេខដែលឥតគិតថ្លៃដែលមាននៅលើកាតសម្គាល់សមាជិករបស់អ្នក។

**French:** ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez composer le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

**Italian:** ATTENZIONE: il servizio di traduzione e altri servizi di assistenza linguistica sono disponibili gratuitamente. Se ha bisogno di aiuto, chiami il numero verde riportato sulla Sua tessera identificativa del piano sanitario.

**Arabic:** تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، يُرجى الاتصال بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو الخاصة بك.

**Korean:** 참고 번역 및 기타 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. 도움이 필요하시면 가입자 식별 카드에 기재된 무료 전화번호로 전화하십시오.

**Greek:** ΠΡΟΣΟΧΗ: Διατίθενται υπηρεσίες μετάφρασης και άλλες γλωσσικές υπηρεσίες δωρεάν για εσάς. Εάν χρειάζεστε βοήθεια, καλέστε τον δωρεάν αριθμό που αναγράφεται στην κάρτα μέλους σας.

**Polish:** UWAGA: Tłumaczenia i inne formy pomocy językowej są dostępne bezpłatnie. Jeśli potrzebuje Pan/Pani pomocy, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer podany na karcie identyfikacyjnej członka.

**Hindi:** ध्यान दें: अनुवाद और अन्य भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। यदि आपको सहायता की आवश्यकता हो तो कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर दिए गए टोल-फ्री नंबर पर कॉल करें।

**Gujarati:** ધ્યાન આપો: ભાષાન્તર અને અન્ય ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે કોઈપણ ખર્ચ વિના ઉપલબ્ધ છે. જો તમને મદદની જરૂર હોય, તો કૃપા કરીને તમારા સભ્ય ઓળખ કાર્ડમાં આપેલ ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો.

**Laotian:** ວິນິຍາຍ: ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປພາສາ ແລະ ພາສາອື່ນໆໃຫ້ແກ່ທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ, ກະລຸນາໃຫ້ທາງໂທລະສັບບໍ່ຄ່າຕົວສະມາຊິກຂອງທ່ານ.













# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

**UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP)**

**UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP)**

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



Llame al **1-888-867-5511**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana o visite **MyUHC.com/CommunityPlan** para:

Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



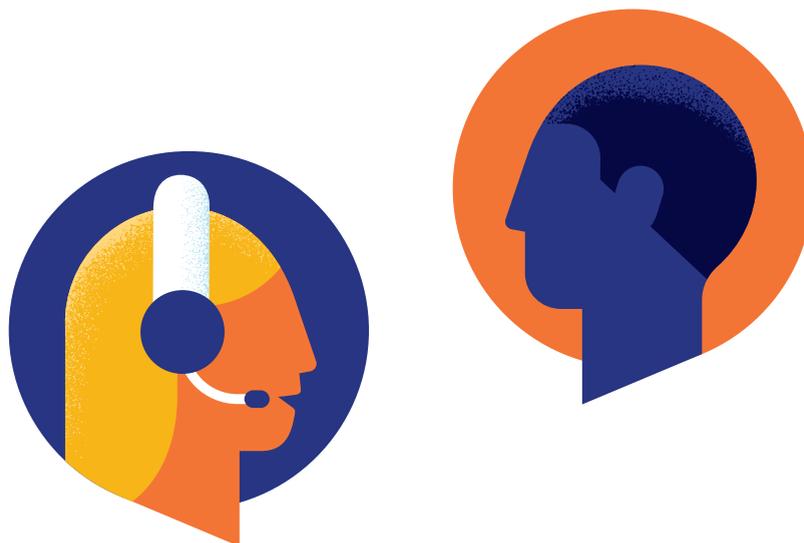
**Entrega a domicilio de medicamentos con receta**

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



**Transporte de rutina ModivCare®**

1-866-428-1967



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

## Con gusto le ayudaremos



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

H2226\_EGCov\_2025\_C SP  
UHCSCO\_EGCov\_H2226\_2025\_C SP

UHMA25HM0216851\_000