



# Guía de Inscripción 2025

UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP)

H3794-007-000

Área de servicio: Maryland - Condado de Montgomery

United  
Healthcare®  
Dual Complete

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



## Simplifique su día con beneficios pensados para usarse

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



## Reciba más por su dinero de Medicare

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



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

Cuente con nosotros cuando nos necesite. Le ayudaremos a buscar el plan adecuado con información educativa sobre el plan fácil de entender, útiles herramientas en Internet y amables Especialistas en Planes de Medicare de UnitedHealthcare.<sup>1</sup> Nuestros representantes y navegadores le ayudan a obtener las respuestas y el cuidado que usted necesita. Deje que los más de 45 años de experiencia de UnitedHealthcare trabajen para usted.

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

# UCard le abre las puertas donde importa

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



## Visite a un proveedor o surta una receta

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



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

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



## Gaste las recompensas ganadas

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



# Aproveche un plan especialmente diseñado



Este plan es para los beneficiarios de Medicare con cobertura de Medicaid y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita. Y usted tiene acceso a una amplia red de proveedores dentales. Usted también puede recibir cuidado de proveedores dentales fuera de la red, pero sus costos pueden ser más altos, incluso por los servicios con un copago de \$0.

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



**Reciba cuidado de los proveedores dentro de la red** o visite proveedores fuera de la red para recibir servicios dentales cubiertos.



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



**\$0 por servicios cubiertos cuando se reciben dentro de la red.** Consulte el Resumen de Beneficios en esta guía para saber qué servicios están cubiertos.



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



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



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

Visite [UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan) para buscar un proveedor o una farmacia de la red en los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos



# Beneficios Importantes

## UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. Las cantidades indicadas son dentro de la red y son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

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

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

### Beneficios médicos

#### Visita al consultorio médico

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

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

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

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

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

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

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

## Beneficios médicos

### Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

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

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Artículos para la vista de rutina</b>	\$0 de copago El plan paga hasta \$250 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.

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

	<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 Dentales – preventivos (con cobertura dentro y fuera de la red)</b>	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*
<b>Servicios Dentales – integrales (con cobertura dentro y fuera de la red)</b>	\$0 de copago por servicios dentales integrales*
<b>Servicios Dentales - límite de los beneficios</b>	\$1,500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*
<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por año
<b>Aparatos auditivos</b>	<p>El plan paga hasta \$1,500 cada año para 2 aparatos auditivos de proveedores de la red.</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos).</p>
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago por 24 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias
<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>	\$0 de copago, 12 visitas por cada año
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$58 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura. Los miembros que califiquen también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos.
<b>Programa Rewards</b>	<p>Gane hasta \$165 en recompensas si usted comienza en enero<sup>Ω</sup></p> <p>\$5 Conozca su UCard 2025, \$15 Examen Médico o Visita de Bienestar Anual, \$10 cada mes Póngase en Movimiento, \$10 Conéctese con otras personas, \$10 Evaluación de Salud, \$5 Vacuna Antigripal</p>

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

## Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo de la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

Medicamentos con receta	
Deducible	\$0
Cobertura Inicial	Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red
Todos los medicamentos cubiertos <sup>1</sup>	\$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

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



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

<sup>2</sup>Las ofertas de recompensas de Medicare Advantage pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Al participar en el programa o acceder a los fondos de recompensa, usted acepta las Condiciones de Servicio del Programa de Recompensas que se encuentran a la derecha de la página en [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards). Los miembros deben participar entre enero y diciembre para ganar todas las recompensas disponibles. Las recompensas deben ganarse e informarse durante los plazos especificados por el plan. Los plazos están disponibles en [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards). Las recompensas solo pueden ser usadas por miembros de planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare para artículos aprobados en comercios participantes y según las leyes vigentes de Medicare. Los fondos de recompensa no se pueden canjear por efectivo, excepto según lo exigido por la ley. Sin acceso a cajeros automáticos. Las recompensas no se pueden usar para comprar artículos o servicios cubiertos por Medicare, incluidos los gastos de su bolsillo para servicios médicos o medicamentos con receta, ni para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego. Las recompensas vencen 1 mes después de que termine su plan Medicare Advantage. Esto no le afecta a usted mientras esté inscrito en su plan actual o si se cambia a otro plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare.

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

Y0066\_MABH\_2025\_SP\_M H3794007000

CSMD25HP0239387\_000





# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP)**  
H3794-007-000

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

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



**[UHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan)**



**Número gratuito 1-844-560-4944, TTY 711**

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

**United  
Healthcare®**  
Dual Complete

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) en [MyUHC.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/CommunityPlan) o llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda. Después de que se inscriba en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP)

### Prima, deducible y límites médicos

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 Es posible que usted tenga que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare
<b>Reducción de la Prima de la Parte B</b>	\$0.80 Usted no verá la reducción, si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted.
<b>Deducible médico anual</b>	Este plan no tiene un deducible médico.
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$0 Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.
<b>Costo compartido de Medicare</b>	Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica el costo compartido en esta tabla.

### Beneficios médicos

<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>	\$0 de copago por cada estadía
Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	

## Beneficios médicos

<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago
	Especialistas <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
<b>Servicios preventivos</b>	Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año

## Beneficios médicos

Cubiertos por  
Medicare

\$0 de copago

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol
- Visita de bienestar anual
- Medición de masa ósea
- Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)
- Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)
- Exámenes cardiovasculares
- Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)
- Evaluación de depresión
- Pruebas de detección y control de la diabetes
- Prueba de detección de hepatitis C
- Prueba de Detección del VIH
- Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
- Servicios de terapia de nutrición clínica
- Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas
- Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.

Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

---

### Cuidado de emergencia

\$0 de copago (mundial) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

---

## Beneficios médicos

**Servicios requeridos de urgencia** \$0 de copago (mundial) por cada visita

---

**Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías** Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])<sup>2</sup> \$0 de copago

---

Servicios de laboratorio<sup>2</sup> \$0 de copago

---

Pruebas y procedimientos de diagnóstico<sup>2</sup> \$0 de copago

---



Radiología terapéutica<sup>2</sup> \$0 de copago

---

Radiografías para pacientes ambulatorios<sup>2</sup> \$0 de copago

---

## Beneficios médicos

 <b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago, 1 por año
	Aparatos auditivos <sup>2</sup>	<p>Una asignación de \$1,500 cada año para 2 aparatos auditivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li><input type="checkbox"/> La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía</li> </ul>
 <b>Beneficios dentales de rutina</b> <p>Con cobertura dentro y fuera de la red.</p>	Preventivos e integrales <sup>2</sup>	<p>\$1,500 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos*</p> <p>\$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales y coronas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sin deducible anual</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes</li> <li><input type="checkbox"/> Posibilidad de consultar a cualquier dentista</li> </ul>

## Beneficios médicos



### Servicios para la vista

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup>	\$0 de copago
Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por cada año
Artículos para la vista de rutina	\$250 de asignación para 1 par de marcos o lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"><li>• Lentes con receta estándar gratuitos, incluso los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar) – todos con un revestimiento resistente a rayaduras</li><li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de Medicare Advantage de proveedores de servicios para la vista y de proveedores de tiendas minoristas</li><li>• Artículos para la vista disponibles a través de proveedores en Internet, incluso Warby Parker y GlassesUSA</li></ul>

## Beneficios médicos

<b>Salud mental</b>	Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup> Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago por cada estadía
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b> Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.		\$0 de copago por cada día, días 1 a 100
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b> Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.		\$0 de copago por transporte terrestre \$0 de copago por transporte aéreo



## Beneficios médicos

**Transporte de rutina** \$0 de copago por 24 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias

**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare** Medicamentos para quimioterapia<sup>2</sup> \$0 de copago

Insulina cubierta de la Parte B<sup>2</sup> \$0 de copago

Otros medicamentos de la Parte B<sup>2</sup> \$0 de copago

Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.

## Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo en la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

<b>Medicamentos con receta</b>	
<b>Deducible</b>	\$0
<b>Cobertura Inicial</b>	<b>Suministro de 30 días<sup>^</sup> o 100 días en una farmacia minorista o en una farmacia de pedidos por correo de la red</b>
Todos los medicamentos cubiertos <sup>3</sup>	\$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

<sup>^</sup>Los miembros que viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30-días en una farmacia minorista.

<sup>3</sup> Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

<b>Beneficios adicionales</b>		
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup>	\$0 de copago

## Beneficios adicionales

<b>Manejo de la diabetes</b>	Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>	\$0 de copago
	<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	\$0 de copago
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>	\$0 de copago
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago, 12 visitas por año
<b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup></b>		\$0 de copago

## Beneficios adicionales

### Cuidados Paliativos

Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.

---

**Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>2</sup>** \$0 de copago

---

**Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias**

Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
---------------------------------------------------------------------	---------------

---

Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago
-----------------------------------------------------------------------	---------------

---



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

\$58 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos

- Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y más
  - Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
  - Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet
  - Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca
- 

**Diálisis renal<sup>2</sup>** \$0 de copago

---

<sup>2</sup> Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

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

## Beneficios de Medicaid

Información para personas que tienen Medicare y Medicaid. Primero Medicare paga los servicios que usted reciba y luego Medicaid.

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. También podrá ver lo que cubre Maryland Department of Health, HealthChoice y lo que cubre nuestro plan.

**La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid.** Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener más información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Maryland Department of Health, 1-877-463-3464.

Beneficios	Medicaid	UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP)
<b>Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Visitas al Consultorio Médico</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Preventivo</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de Emergencia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Requeridos de Urgencia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios para la Audición</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Dentales</b>	Con cobertura limitada	Con cobertura
<b>Servicios para la Vista</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Hospitalizados</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de la Salud Mental</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Ambulancia</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Transporte (de Rutina)</b>	Con cobertura	Con cobertura

<b>Beneficios</b>	<b>Medicaid</b>	<b>UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP)</b>
<b>Beneficios de Medicamentos con Receta</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado Quiropráctico</b>	Con cobertura	Con cobertura limitada
<b>Suministros y Servicios para la Diabetes</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Equipo Médico Duradero</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de los Pies</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Cuidados Paliativos</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Diálisis Renal</b>	Con cobertura	Con cobertura
<b>Prótesis</b>	Con cobertura	Con cobertura

## Acerca de este plan

UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP); es para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, y que no tienen ninguna responsabilidad de pago por los servicios médicos cubiertos. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores. Algunas personas reciben beneficios completos de Medicaid.

Los requisitos a cumplir para inscribirse en este plan dependen de qué tipo de Medicaid tiene.

Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la la agencia estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Si se modifica su categoría de participación en Medicaid, es posible que el costo compartido que le corresponde también aumente o disminuya. Usted debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo cobertura de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de:

**Maryland:** Montgomery.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Hay servicios dentales de rutina, para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **[UHC.com/CommunityPlan](https://www.ahca.com/CommunityPlan)** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante 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.



## Información necesaria

UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS 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.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov) o puede pedir una copia llamando 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.

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

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-844-855-9776 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-844-855-9776 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

### **Aparatos auditivos**

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local. Las garantías de aparatos auditivos de venta sin receta, si están disponibles, variarán según el aparato y se manejan a través del fabricante. Se pueden aplicar honorarios profesionales por única vez para los aparatos auditivos con receta.

### **Beneficios dentales de rutina**

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

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

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

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

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

El derecho de participación en los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago

por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción.

El Formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

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

**Programa de Recompensas**

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

# 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](https://ssa.gov/es)
- A la oficina estatal de Medicaid o visite [medicaid.gov](https://medicaid.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](https://uhc.com/caregiving).

## Estamos aquí para ayudarle

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. 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



Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos



Para 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](https://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://www.ahca.hawaii.gov/uhc/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. Usted también tiene acceso a una amplia red de proveedores dentales. Puede recibir cuidado de proveedores dentales fuera de la red, pero sus costos pueden ser más altos, incluso por los servicios con un copago de \$0.



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

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



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

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



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



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe beneficios de Medicaid del estado



Vive en el área de servicio del plan

# Cómo inscribirse

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



## En internet

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

- 1 Ingrese su código postal
- 2 Busque el plan UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP) y elija el botón “Enroll” (Inscribirse)
- 3 Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

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



## Por teléfono

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

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



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

Escanee este código para inscribirse en Internet



# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

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



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta en Internet



Su UCard  
llega por correo –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece  
a usar su plan

## Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en **MyUHC.com/CommunityPlan**. En Internet, usted puede:

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

## Una vez que comience su cobertura

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

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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

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):**

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

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

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

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

Firma del beneficiario/representante autorizado

Fecha de hoy

MM-DD-YYYY

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

Nombre (nombre y apellidos)

Relación con el beneficiario

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

Nombre del Agente de Ventas  
(nombre y apellidos)

Teléfono del Agente de Ventas

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

ID del Agente de Ventas

Nombre del beneficiario  
(nombre y apellidos)

Teléfono del beneficiario

■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■

Fecha en que se realizará la cita

MM - DD - YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial

Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Otros productos relacionados

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

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

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





## Solicitud de Inscripción 2025

UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP) H3794-007-000

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

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

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

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

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

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

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

N.º de Medicare

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

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

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

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

Dirección de correo electrónico (opcional)

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

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

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

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

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

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHMD25HP0221795\_000

Nombre del otro seguro

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

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

**¿Qué métodos de pago desea usar?**

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

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

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

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

Tipo de Cuenta  Cheques  Ahorros

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

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

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

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

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

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

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHC.com/CommunityPlan** para obtener ayuda por Internet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. ¿Cuál es su género? Elija uno.**

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

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

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

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

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

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

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

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

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

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

Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:	(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)
--------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?  Sí  No

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

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

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

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

**Lea y firme**

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

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.

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

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

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

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

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

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

**Fecha de hoy**

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

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

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

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHMD25HP0221795\_000

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

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

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

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

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

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

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

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

- |                                                                                        |                                                                |                                                                                             |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD)                                       | <input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA)                 | <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) | <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo)         |
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia)                                         | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (condición crónica)                                       | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble sin cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)                               | <input type="checkbox"/> OEPI                                   |

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

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

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHMD25HP0221795\_000

SEP (razón del Período de Elección Especial) \_\_\_\_\_

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

**Fecha**

---

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

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30770  
Salt Lake City , UT 84130-0770

Fax: 1-888-950-1170

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

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

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

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 6/30/2026

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHMD25HP0221795\_000

## Lista de Verificación de Inscripción

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

### Explicación de los beneficios

- ✓ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. 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

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





Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

# Recibo de inscripción 2025

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

Use el recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. El recibo no es garantía de inscripción.

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

## Solicitante 1:

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

## Solicitante 2 (si corresponde):

Nombre

Fecha de la solicitud

- -

Fecha de vigencia prop.

- -

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

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

Nombre y N.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

**RxBIN: 610097**

**Rx PCN: 9999**

**RxGRP: MPDCSP**

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

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



# Información importante: Calificación 2024 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H3794

En el año 2024, UnitedHealthcare - H3794 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ★ ★ 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.



**Este plan obtuvo la calificación más alta de Medicare (5 estrellas)**

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

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO

★ DEFICIENTE

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

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

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **800-396-1942** (número gratuito) o al **711** (TTY).

Y0066\_H3794\_A\_PR2024\_M

CSWI24HP0163111\_001

## **Aviso de no discriminación**

**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 o sexo, incluidas las características sexuales como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones similares, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales.

Si cree que le han tratado en forma injusta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Correo electrónico:** **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**
- **Por correo postal:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar un reclamo de derechos civiles 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, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, HHH Building, Room 509F  
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 al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro o en el frente del folleto (TTY **711**).

Este aviso está disponible en

**<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.**

## Servicios de interpretación en diferentes idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card or listed on the cover of the booklet. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro o en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero na nasa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi o nakalista sa pabalat ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre ou sur la première de couverture de la brochure. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình bảo hiểm sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng hội viên của bạn hoặc ghi trên bìa của quyển sách nhỏ. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer an, die auf Ihrem Mitgliedsausweis oder auf dem Umschlag der Broschüre aufgeführt ist. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드 또는 이 소책자 표지에 나와 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана или спереди на буклете. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك أو على غلاف الكتيب. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर या पुस्तिका के अग्रभाग पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa o indicato sulla copertina dell'opuscolo. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro ou indicado na parte da frente do folheto. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an oswa ki endike sou kouvèti ti liv la. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na Pana/Pani karcie identyfikacyjnej lub na okładce broszury. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員 ID カードまたは本冊子の表紙に記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。



## Notas y apuntes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---







# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Dual Complete MD-S001 (HMO-POS D-SNP)

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



Llame al **1-844-855-9776**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **MyUHC.com/CommunityPlan** para:

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



### Aparatos auditivos

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



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

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



### Transporte de rutina

SafeRide  
1-866-244-3123  
MyUHC.com/CommunityPlan



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

Solutran  
1-833-853-8587  
MyUHC.com/CommunityPlan



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

Y0066\_EGCov\_2025\_C SP

UHMD25PO0217054\_000