Guía de Inscripción 2025

UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)

H2445-005-000

Área de servicio: Condados selectos en VA

United Healthcare®
Dual Complete

VA-Y3 Punto de Servicio para servicios dentales solamente con formulario FBDE,QMB+,SLMB+

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.[1] 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.

[1]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.

Se registre en el gimnasio

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

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** 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 VA-Y3 (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, 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.	
Prima mensual del plan	$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
Servicios preventivos	$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
Centro de enfermería especializada (SNF)	$0 de copago por día, días 1 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	$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
Suministros para el control de la diabetes	$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	$0 de copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	$0 de copago
Servicios de laboratorio	$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	$0 de copago
Ambulancia	$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	$0 de copago (mundial)
Servicios requeridos de urgencia	$0 de copago (mundial)

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original	
Examen médico de rutina	$0 de copago, 1 por año
Exámenes de la vista de rutina	$0 de copago, 1 por año
Artículos para la vista de rutina	$0 de copago El plan paga hasta $300 cada año para 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto
Servicios Dentales – preventivos (con cobertura dentro y fuera de la red)	$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original	
Servicios Dentales – integrales (con cobertura dentro y fuera de la red)	$0 de copago por servicios dentales integrales*
Servicios Dentales - límite de los beneficios	$3,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*
Servicios para la Audición - examen de rutina	$0 de copago, 1 por año
Aparatos auditivos	El plan paga hasta $2,200 cada año para 2 aparatos auditivos de proveedores de la red. Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos).
Programa de acondicionamiento físico	$0 de copago, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria.
Transporte de rutina	$0 de copago por 48 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a citas médicas, gimnasios y farmacias
Cuidado de los pies - de rutina	$0 de copago, 4 visitas por cada año
Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	$272 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.
Programa Rewards	Gane hasta $165 en recompensas si usted comienza en enero[Ω] $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
Beneficio de comidas	$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)

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

Buenas noticias para el año 2025

Se ha elimiminado 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 [1]	$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

[1] 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.

Ω 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. 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. 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.

H2445005000_MABH_2025_SP_M CSVA25HP0239296_001

Resumen de Beneficios 2025

UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)
H2445-005-000

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.

MyUHC.com/CommunityPlan

Número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

United Healthcare®
Dual Complete

H2445_005_000_SB_2025_M SP_09172024_APPROVED

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP). 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 17
D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) 36
E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid 36
F. Sus derechos como miembro del plan 37
G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 39
H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude 39

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Exenciones de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura**.

- UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Cardinal Care Medicaid de Virginia. La inscripción en UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) depende de la renovación del contrato. Este plan está disponible para toda persona que tenga Medicare y los beneficios completos de Virginia Medicaid.
- La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.
- Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones o exclusiones.
- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa 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.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Este manual se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede acceder a este por Internet 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**.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- Las primas están cubiertas para los miembros de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP).
- 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 llame al **1-800-MEDICARE** para obtener información sobre todas sus opciones.
- Llame a Servicio al Cliente y pida que se anote en nuestro sistema que desea recibir los materiales del plan en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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

Beneficios dentales de rutina
Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local.

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. Examen de la vista de rutina anual y $300 de asignación para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total anual o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

Programa de acondicionamiento físico
El Programa de Acondicionamiento Físico varía según el plan o el área, y es posible que no esté disponible en todos los planes. 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, las actividades 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.

La red de gimnasios puede variar en el mercado local y el plan. Tamaño de la red de gimnasios según una comparación de los datos de los sitios web de los competidores a mayo de 2023.

AARP® Staying Sharp® es la marca registrada de AARP. Staying Sharp, incluido todo el contenido y las características, se ofrece para su conocimiento y para educar a los usuarios sobre el cuidado de la agudeza mental y los problemas médicos que pueden afectar a sus vidas diarias. Staying Sharp se basa en un enfoque holístico de estilo de vida para la agudeza mental que anima a los usuarios a incorporar en su vida diaria actividades asociadas con el bienestar general. Nada del servicio se debe considerar ni usar como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Las características, que incluyen Cognitive Assessment and Lifestyle Check-Ins (Evaluación Cognitiva y Consultas de Estilo de Vida), Additional Tests (Pruebas Adicionales), los ejercicios y los desafíos, evalúan el desempeño en un momento particular en ciertas tareas cognitivas específicas. Los juegos de Staying Sharp están destinados únicamente a fines recreativos y de entretenimiento. Varios factores pueden afectar al desempeño, incluido el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales. El desempeño no es indicativo de la salud cognitiva ni predice el futuro desempeño ni las enfermedades.

Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos
Los beneficios de alimentos, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y copago por medicamentos con receta de $0 según el modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional y se verificarán después de la inscripción.

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

Optum Rx Home Delivery Pharmacy es un servicio de Optum Rx, un administrador de beneficios de farmacia y una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Rx Home Delivery Pharmacy para surtir sus medicamentos regulares. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red. Si no ha usado Optum Rx Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar el primer pedido de medicamentos con receta que su médico envíe directamente a Optum Rx antes de que se pueda surtir. Los nuevos medicamentos con receta que Optum Rx Home Delivery Pharmacy envía deberían llegar en un plazo no mayor de diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el pedido completo, y los pedidos de resurtidos deberían llegar dentro de unos siete días hábiles. Comuníquese con Optum Rx Home Delivery Pharmacy en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**.

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

Aviso de antidiscriminación

La discriminación está prohibida por la ley. La compañía cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no excluye, no trata diferente ni discrimina a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; el embarazo o afecciones relacionadas; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos sexuales.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Por Correo Electrónico:** **UHC_Civil_Rights@uhc.com**
- **Por Correo:** Civil Rights Coordinator
  UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
  P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- **Por Internet:** **https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html**
- **Por Teléfono:** Número gratuito **1-800-368-1019**, **800-537-7697** (TDD)
- **Por Correo:** U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Ave SW, HHH Building, Room 509F
  Washington, D.C. 20201

Ofrecemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas americano
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

También ofrecemos servicios gratuitos en otros idiomas a personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o que se indica en la portada de la guía (TTY **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del Este.

Este aviso está disponible en
https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notices.

UHEX24MP0247334_000

Servicios de Interpretación en Varios 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: 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上或手册封面列出的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

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 khoẻ 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。

Urdu: ہماری صحت یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، براہ کرم ہمیں اپنے رکن کے شناختی کارڈ پر یا کتابچے کے سرورق پر درج ٹول فری نمبر کا استعمال کرتے ہوئے کال کریں۔ آپ کی زبان بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

Farsi: ما خدمات ترجمه شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به تمامی پرسش‌های احتمالی شما درباره طرح بیمه درمانی یا دارویی‌مان پاسخ دهیم. برای بهره‌مندی از خدمات مترجم شفاهی، لطفاً با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی عضویت شما یا روی جلد دفترچه‌ی راهنما درج شده است، با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان مادری‌تان صحبت می‌کند، آماده کمک‌رسانی به شماست. این خدمات کاملاً رایگان ارائه می‌شود.

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ওষুধ পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের বিনামূল্যের দোভাষী পরিষেবা রয়েছে। একজন দোভাষী পেতে, অনুগ্রহ করে আপনার সদস্য শনাক্তকরণ কার্ডে বা বুকলেটের কভারে তালিকাভুক্ত টোল-ফ্রি নম্বর ব্যবহার করে আমাদের কল করুন। আপনার ভাষায় কথা বলেন এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এটি একটি বিনামূল্যের পরিষেবা।

Telugu: మా ఆరోగ్యం లేదా డ్రగ్ ప్లాన్ గురించి మీకు ఏవైనా సందేహాలు ఉంటే వాటికి సమాధానం ఇవ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి, దయచేసి మీ సభ్యుని గుర్తింపు కార్డుపై లేదా బుక్‌లెట్ కవర్‌పై జాబితా చేయబడిన టోల్-ఫ్రీ నంబర్‌ను ఉపయోగించి మాకు కాల్ చేయండి. మీ భాష మాట్లాడే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సేవ.

Nepali: तपाईंको स्वास्थ्य वा औषधि योजना बारे तपाईं सँग हुनसक्ने कुनै पनि प्रश्नको जवाफ प्रदान गर्न हामी सँग निःशुल्क अनुवादक सेवाहरू उपलब्ध छन्। एक अनुवादक प्राप्त गर्न कृपया तपाईंको सदस्य पहिचान पत्र वा पुस्तिकाको कभरमा सूचीबद्ध टोल-फ्री नम्बरमा फोन गर्नुहोस्। तपाईंको भाषामा कुरा गर्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई सहयोग गर्नेछ। यो एउटा निःशुल्क सेवा हो।

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
Qué es un plan UHC Dual Complete D-SNP	Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Cardinal Care. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble cubre todos sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta (Parte D de Medicare), y proporciona todos sus medicamentos y servicios de Medicaid conforme al programa de Cuidado Administrado de Cardinal Care.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿En UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Cardinal Care Medicaid que recibo ahora?	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de Cardinal Care directamente de UHC Dual Complete VA-Y002 (HMO-POS D-SNP). Trabajará 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, su administrador del cuidado de la salud o su coordinador del cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, de servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, o servicios de centros regionales. Cuando se inscriba en UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) 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 Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Medicaid podría cubrir medicamentos que no están cubiertos por Medicare a través de Cardinal Care. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora?	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir usándoles. • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP). Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos. • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera de la red del plan UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP). • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red del plan, puede seguir en contacto con su proveedor actual durante un tiempo. Para consultar cómo seguir en contacto, llame a Servicio al Cliente. Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en **MyUHC.com/CommunityPlan** para obtener la lista más actualizada. • Si es nuevo en UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud o administrador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)?	Un coordinador del cuidado de la salud o administrador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) es la principal persona con la que usted debe comunicarse en nuestro plan. Esta persona le ayuda a administrar todos sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.
¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS) consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) proporciona Apoyos y Servicios a Largo Plazo si se determina que usted cumple los requisitos a través del proceso de evaluación de Apoyos y Servicios a Largo Plazo. Por lo general, estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero también se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital, cuando fuera necesario. En algunos casos, una agencia del condado u otra agencia puede prestar estos servicios, y su equipo de cuidado de la salud trabajará con esa agencia.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) cubrirá los servicios prestados por un proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Dónde está disponible UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: Los condados de Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe y York, Virginia. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a que usted debe obtener una aprobación de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, antes de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento. **Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.** UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarles a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) antes de que se preste el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de la **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios requieren una preautorización. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su equipo de cuidado de la salud debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su proveedor de cuidado primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su equipo de cuidado de la salud, es posible que **UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)** no cubra los servicios. **UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)** puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su equipo de cuidado de la salud antes de que se preste el servicio. Consulte la **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia de su equipo de cuidado de la salud.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)?	No. Dado que usted tiene Cardinal Care, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)?	En UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de $0. Es posible que los miembros que reciban Apoyos y Servicios a Largo Plazo, incluidos los servicios de ubicación en centros de enfermería especializada y de custodia y los servicios del Programa de Exención CCC Plus, tengan que pagar una cantidad mensual como paciente, según lo determine el Departamento de Servicios Sociales de Virginia.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C. Lista de servicios cubiertos

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario	Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. 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.
	Cuidado de un médico o un cirujano	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	$0	Puede usar cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita cuidado de emergencia. No necesita una preautorización y no es necesario que el hospital esté dentro de la red. La cobertura mundial está disponible por el mismo copago. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
	Cuidado de urgencia	$0	Los servicios requeridos de urgencia no son cuidado de emergencia. No necesita una preautorización y no es necesario que el centro de cuidado de urgencia esté dentro de la red. La cobertura mundial está disponible por el mismo copago. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
Usted necesita exámenes médicos	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	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.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para la audición	Exámenes de audición (incluidos los exámenes de audición de rutina)	$0	Con cobertura para miembros menores de 21 años 1 examen de audición de rutina por cada año
	Aparatos auditivos (así como ajustes y accesorios y suministros relacionados)	$0	$2,200 de asignación cada año para 2 aparatos auditivos • Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y de marca con receta • Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios • 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 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado dental	Exámenes dentales y cuidado preventivo	$0	Los exámenes, las limpiezas, las radiografías, el fluoruro y los servicios dentales integrales tienen cobertura. $3,000 de límite para todos los servicios dentales cubiertos. Además, Cardinal Care ofrece una gama completa de cuidado dental para niños y adultos a través de DentaQuest, su Administrador de Beneficios Dentales de Medicaid. Comuníquese al **888-912-3456** para obtener más información o visite **www.dentaquest.com/en/members/virginia-medicaid-dental-coverage#accordion-82f12f4b30-item-117cdd34ad**.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	Cardinal Care proporciona cobertura para cuidado dental restaurativo y de emergencia. Los frenos para adultos mayores de 21 años no están cubiertos. Comuníquese con DentaQuest para obtener información sobre la cobertura. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de la vista	Examen de la vista	$0	1 cada año. UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) cubre exámenes de diagnóstico y procedimientos de tratamiento optométrico proporcionados por oftalmólogos, optometristas y ópticos.
	Anteojos o lentes de contacto	$0	$300 de crédito cada año para 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto. La cobertura para anteojos se limita a los miembros menores de 21 años, excepto como un beneficio complementario.
	Otro cuidado de la vista (incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo)	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted tiene una condición de salud mental	Servicios de salud mental	$0	UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para una gama completa de servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidos los servicios para trastornos por consumo de sustancias. 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 servicios de salud mental	$0	UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para servicios de salud mental para pacientes hospitalizados y ambulatorios, que incluyen, entre otros, intervención en crisis y hospitalización psiquiátrica, administración de casos, servicios terapéuticos y de rehabilitación, y tratamiento residencial. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	A través del programa Servicios de Tratamiento de Adicciones y Recuperación (Addiction and Recovery Treatment Services, ARTS) de Cardinal Care, UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para una gama completa de servicios de tratamiento de adicciones, incluidos los servicios para pacientes ambulatorios y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios, administración de casos, servicios de tratamiento residencial y relacionado con opiáceos. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada	$0	UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para cuidado en un centro de enfermería especializada y de cuidado intermedio. 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	
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Servicios de ambulancia	$0	Para otros casos, nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia (que no sean de emergencia). En casos en que los servicios de salud que recibe no sean de emergencia, es posible que paguemos una ambulancia. Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud.
	Transporte de emergencia	$0	En situaciones de emergencia se incluye transporte terrestre (ambulancia) y aéreo (avión y helicóptero). El transporte le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.
	Transporte a citas y servicios médicos	$0	Hasta 48 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias. Incluye servicios de transporte cubiertos por Medicare. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados para tratar su enfermedad en el consultorio médico, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos para determinadas enfermedades que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la **Evidencia de Cobertura**. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (**Lista de Medicamentos**) de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP).
	Medicamentos sin receta (OTC)	$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (**Lista de Medicamentos**) de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP).

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	$0	
	Servicios de diálisis	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	$0	4 visitas de cuidado de los pies de rutina por cada año. 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.
Usted necesita equipo médico duradero (DME) **Nota:** Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos (durable medical equipment, DME) cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el **Capítulo 4** de la **Evidencia de Cobertura**.	Sillas de ruedas, muletas, andadores, nebulizadores, equipos y suministros de oxígeno	$0	UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) proporciona cobertura para sillas de ruedas, muletas y andadores, así como para una amplia variedad de otros artículos de equipo médico duradero. La cobertura de equipos médicos duraderos se basa en la necesidad médica y no tiene límites de beneficios máximos. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continúa en la página siguiente)	Servicios de asistencia médica a domicilio	$0	UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) cubre servicios de asistencia médica a domicilio, que incluyen cuidado de enfermería, terapias de rehabilitación y servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio. Además, el Programa de Exención Commonwealth Coordinated Care Plus (CCC Plus) proporciona cobertura para otros apoyos y servicios a largo plazo como servicios de enfermería privada. Consulte a su equipo de cuidado de la salud de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) para solicitar una evaluación de Apoyos y Servicios a Largo Plazo para el Programa de Exención CCC Plus. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	$0	Es posible que las modificaciones en el domicilio estén cubiertas por Cardinal Care a través del Programa de Exención CCC Plus. Las modificaciones se pueden realizar en su lugar de residencia principal o en su vehículo principal y deben permitirle desenvolverse con mayor independencia. Hable con su equipo de cuidado de la salud si desea más información.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)	Servicios de Salud Diurnos para Adultos	$0	Es posible que usted tenga que pagar una cantidad mensual como paciente, según lo determine el Departamento de Servicios Sociales de Virginia. UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) proporciona estos servicios si se determina que usted cumple los requisitos a través del proceso de evaluación del programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo. Si usted no tiene UnitedHealthcare para recibir sus servicios de Medicaid de Cardinal Care, llame a su compañía de seguros de Medicaid de Cardinal Care para obtener más información. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de habilitación diurnos	$0	
	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	$0	Si usted no tiene UnitedHealthcare para recibir sus servicios de Cardinal Care Medicaid, llame a su compañía de seguros de Cardinal Care Medicaid para obtener más información.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	$0	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Suministros y servicios para la diabetes	$0	Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Servicios de prótesis	$0	**UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)** proporciona cobertura para prótesis médicamente necesarias para niños menores de 21 años y para adultos y niños cuando se recomiendan como parte de un programa de rehabilitación intensiva aprobado.
	Radioterapia	$0	
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	$0	Se prestan servicios de administración del cuidado de la salud o coordinación del cuidado de la salud a todos los miembros de **UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)**. La administración del cuidado de la salud proporciona un nivel de servicio más intensivo si su salud lo requiere.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Programa de acondicionamiento físico	$0	El 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 e incluye: • Una membresía gratuita a un gimnasio cerca de usted • Acceso a una gran red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet • Actividades para ejercitar la memoria por Internet
	Beneficio de comidas	$0	28 comidas entregadas a su domicilio un número ilimitado de veces por cada año inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF). Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	$0	$272 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos selectos de seguridad para el domicilio y el baño, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos solamente están disponibles para los miembros que califican. Su crédito vence al final de cada mes.
	Visitas virtuales médicas	$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias. No todos los proveedores de la red ofrecen cuidado virtual.
	Visitas virtuales de salud mental	$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta. Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias. No todos los proveedores de la red ofrecen cuidado virtual.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP). Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Otros servicios cubiertos directamente por Medicare o por Medicaid	Sus costos
Coordinación de apoyo para discapacidades del desarrollo	$0
Transporte para recibir servicios de los programas de exención Desarrollar la Independencia (BI), Vida en la Comunidad (CL) y Apoyos Familiares e Individuales (FIS)	$0

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid

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

Servicios que no cubre UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid	
Servicios que no se consideren “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y de Medicaid	Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare.
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario	Cirugía LASIK.
Servicios de enfermería prestados en un Sanatorio de la Ciencia Cristiana	

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la Evidencia de Cobertura. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un idioma y en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y coordinadores del 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 durante el 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

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

  - Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado
- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus 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 el cuidado de urgencia y de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin una preautorización
  - 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. No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
  - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores
  - Presentar una queja ante el Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia a través de la Línea de Asistencia para Miembros **1-804-786-6145** (los miembros con limitaciones auditivas deben comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Virginia al **711**). El sitio web de UHC Dual Complete VA-Y001 (HMO-POS D-SNP) **MyUHC.com/CommunityPlan** ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en Internet.
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente de Cardinal Care Medicaid de servicios o artículos que sean de naturaleza médica
  - Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal del Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

– 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, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

Además, puede llamar a la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado de Virginia para recibir ayuda. Un "ombudsman" es un defensor que puede ayudarle a resolver problemas relacionados con la cobertura del plan, los beneficios del plan, el cuidado de la salud, el cuidado de la salud del comportamiento y los apoyos y servicios para el cuidado a largo plazo. Puede comunicarse con el Ombudsman al **1-800-552-5019** (los usuarios de TTY deben llamar al Servicio de Retransmisión de Virginia al **711**).

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-7151**. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

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

Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Appeals and
Grievance Department
P.O. Box 6106, MS CA120-0360
Cypress, CA 90630-0016

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

UnitedHealthcare Part D Appeal and
Grievance Department
P.O. Box 6106, MS CA120-0368
Cypress, CA 90630-0016

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

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

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

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
- O bien, llame a la Línea de Asistencia de Cardinal Care Medicaid de Virginia al **1-800-643-2273**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-817-6608**.

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-368-7151**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Llame a la Unidad de Control de Fraude de Cardinal Care Medicaid de Virginia al **1-800-371-0824** o al **1-804-371-0779** (los usuarios de TTY deben marcar **711** para el Servicio de Retransmisión de Virginia) o envíe un correo electrónico a **MFCU_mail@oag.state.va.us**.
- 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 generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de ID de Miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete:

Llame al **844-368-7151**
Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711
Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

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

Llame al **844-368-7151**
Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. UHC Dual Complete también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711
Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

CSVA25HP0206442_003

Recursos útiles

Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

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

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

Recursos para Cuidadores

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

Estamos aquí para ayudarle

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

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

Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo

Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos

Buscar grupos de apoyo locales

Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos

Para solicitar ayuda, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, para obtener más información sobre los programas y requisitos de participación.

Medicare Explicado

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

MedicareExplicado.com

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**.

¿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 completos 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** 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 VA-Y3 (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
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite **uhchousecalls.com** si desea más información
- 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

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

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

- ☐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.

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.

United Healthcare®
Dual Complete

Solicitud de Inscripción 2025

☐ **UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP) H2445-005-000**

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 ☐ Masculino ☐ 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 _____

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 ☐ 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.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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

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.

____ Indoamericano o nativo de Alaska

____ Negro o afroamericano

Asiático:
____ Indoasiático
____ Chino
____ Filipino
____ Japonés
____ Coreano
____ Vietnamita
____ Otra raza asiática

Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico:
____ Guameño o chamorro
____ Nativo de Hawaii
____ Samoano
____ De otra Isla del Pacífico

____ Blanco
____ **Prefiero no responder**

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

5. ¿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

_____
N.º de miembro

_____

Nombre del miembro _____
Nombre/N.º de ID del agente _____

6. 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.
- 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.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

- 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 Datos (*No un Agente de Ventas)

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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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

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

☐ SEP (razón del Período de Elección Especial) _____

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

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

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City , UT 84130-0769
Fax: 1-888-950-1169
Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

Nombre del miembro _____
Nombre/N.º de ID del agente _____

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 VA-Y3 (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
H2445005000_ERF_2025_C SP UHVA25HP0221886_001

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:	**Solicitante 2 (si corresponde):**
Nombre	Nombre
Fecha de la solicitud - -	Fecha de la solicitud - -
Fecha de vigencia prop. - -	Fecha de vigencia prop. - -
Nombre del plan	Nombre del plan
Tipo de plan	Tipo de plan
Plan de salud/N.º de PBP	Plan de salud/N.º de PBP
N.º de registro de inscripción (si corresponde)	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.

Informacion importante: Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

UnitedHealthcare - H2445

En el año 2025, UnitedHealthcare - H2445 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

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

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

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

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

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

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

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

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

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**.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **844-368-7151** (número gratuito) o al **711** (TTY).

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-notices.

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 khoẻ 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

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

UHC Dual Complete VA-Y3 (HMO-POS D-SNP)

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

Llame al **1-844-368-7151**, 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: MARCH® Vision Care
- ☐ Beneficios dentales de rutina: UnitedHealthcare Dental
- ☐ Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®

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
ModivCare®
1-866-418-9812
mymodivcare.com

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

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

H2445_VA_EGCov_2025_C SP

UHVA25PO0216963_004