



Guía para Miembros 2025

UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)



myuhc.com/CommunityPlan



Número gratuito 1-866-393-0208, 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

**United
Healthcare®**
Community Plan

Y0066_EOC_H0294_049_000_2025_C SP

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Guía para Miembros

Su Cobertura de Medicamentos de Medicare y de Turquoise Care Plan en UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)

Gracias por elegir UnitedHealthcare Community Plan. UnitedHealthcare Community Plan opera el Programa Turquoise Care Plan. El programa UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) proporciona beneficios cubiertos tanto por Medicaid como por Medicare.

- **Medicare** es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicaid reciben ayuda para pagar las primas y otros costos de Medicare. Otras personas también reciben cobertura de servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Usted eligió obtener su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare y de Medicaid a través de nuestro plan. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y de Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Medicare Original.

UnitedHealthcare Community Plan es un Plan Medicare Advantage especializado (un “Plan para Personas con Necesidades Especiales” de Medicare), lo que significa que los beneficios están diseñados para personas con necesidades de cuidado de la salud especiales.

Este plan está diseñado para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir ayuda de Medicaid.

UnitedHealthcare Community Plan es una compañía privada. Este plan está aprobado por Medicare. También está aprobado por el estado para cubrir sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle su cobertura de cuidado de la salud de Medicare y de Medicaid, que incluye su cobertura de medicamentos con receta.

UnitedHealthcare Community Plan apoya las metas de New Mexico de aumentar el acceso, mejorar los resultados de salud y reducir costos al ofrecer los beneficios de Medicaid a los siguientes miembros conforme al programa:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga las primas, los deducibles, los coseguros y los copagos de la Parte A y de la Parte B de Medicare por servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto los copagos por los medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona los beneficios completos de Medicaid, para los que usted cumple los requisitos. Si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es de 0%.

Introducción a la Guía para Miembros

Esta Guía para Miembros, conocida también como Evidencia de Cobertura, describe su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica la cobertura de medicamentos con receta y los servicios para el cuidado de la salud. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de su **Guía para Miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s”, “nuestra/s” o “nuestro plan” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP).

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-393-0208 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-393-0208 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.–8 p.m.: 7 days a week, October–March; Monday–Friday, April–September.
- Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.
- Estos servicios están financiados en parte por el estado de New Mexico.
- También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted.
- Hablamos su idioma. Si habla un idioma que no sea inglés, podemos proporcionarle materiales impresos traducidos, o podemos proporcionarle un intérprete que pueda ayudarle a comprender estos materiales. Encontrará más información sobre los servicios de interpretación y asistencia en otros idiomas en la sección Otra Información Detallada del Plan, o llame a Servicio al Cliente al 1-866-393-0208, TTY 711, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes.
- If you speak a language other than English, we can provide translated printed materials. Or we can provide an interpreter who can help you understand these materials. You'll find more information about Interpretive Services and Language Assistance in the section called Other Plan Details. Or call Member Services at 1-866-393-0208, TTY 711 8 a.m. – 5 p.m. MST, Monday – Friday.
- Para que le proporcionemos información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente o a su coordinador del cuidado de la salud.
- Para mantener su información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y correspondencia, comuníquese con su coordinador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.
- Para cambiar su solicitud permanente de idioma o formato preferido, comuníquese con su administrador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.

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, religión o sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual).

Usted tiene derecho a presentar una queja formal por discriminación si cree que le tratamos de manera discriminatoria. Puede presentar una queja formal y pedir ayuda para presentar una queja formal en persona o por correo postal, por teléfono, por fax o por correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance

P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

Por correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

También puede presentar una queja formal 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 correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

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

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

- 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 las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Este aviso está disponible en

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

1-866-393-0208, TTY 711

English: ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the number above.

Spanish: ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número que se indica arriba.

Navajo: BAA'ÁKOHWIINIDZIN: Hazaad bee naaltsoos ha'dil'íh dóó nááná ła' saad bee áka'e'eyeed doo búgh il'ínígóó ná hólóogo át'é. Shíka'a'doowoł nínízingo, t'áá shóqodí hódahgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodíilnih.

Vietnamese: CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số ở trên.

German: HINWEIS: Übersetzungs- und andere Sprachdienste stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie bitte die obige Nummer an.

Chinese: 注意：您可以免費獲得翻譯及其他語言協助服務。如果您需要協助，請致電上列電話號碼。

Arabic: تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يرجى الاتصال بالرقم أعلاه.

Korean: 참고: 번역 및 기타 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. 도움이 필요하시면 위에 명시된 번호로 전화해 주십시오.

Tagalog: ATENSYON: Ang pagsasalin at iba pang mga serbisyong tulong sa wika ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ng tulong, mangyaring tawagan ang numero sa itaas.

Japanese: 注意: ほん訳やその他の言語サポートサービスを無料でご利用いただけます。サポートが必要な場合は、上記の番号までお電話ください。

French: ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez appeler le numéro ci-dessus.

Russian: ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если вам требуется помощь, пожалуйста, позвоните по указанному выше номеру.

Hindi: ध्यान दें: अनुवाद और अन्य भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। अगर आपको मदद चाहिए तो कृपया ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।

Persian: توجه: خدمات ترجمه و سایر کمک‌های زبانی به صورت رایگان در اختیار شما قرار دارد. اگر به کمک نیاز دارید، با شماره بالا تماس بگیرید.

Thai: โปรดทราบ: มีบริการแปลและบริการช่วยเหลืออื่น ๆ ด้านภาษาให้สำหรับคุณโดยไม่คิดค่าบริการใดๆ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรติดต่อหมายเลขด้านบนนี้

Guía para Miembros 2025

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si usted desea recibir más ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1	Información básica para el miembro	12
	Sección A Bienvenido a nuestro plan	15
	Sección B Información sobre Medicare y Turquoise Care Plan.....	15
	Sección C Ventajas de nuestro plan	16
	Sección D Área de servicio de nuestro plan	17
	Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	17
	Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	18
	Sección G Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	18
	Sección H Sus costos mensuales de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP).....	19
	Sección I Su Guía para Miembros	20
	Sección J Otra información importante que le enviamos.....	21
	Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía	23
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes.....	25
	Sección A Servicio al Cliente	28
	Sección B Su Equipo de Administración del Cuidado de la Salud	33
	Sección C Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).....	34
	Sección D Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	35
	Sección E Medicare	36
	Sección F Turquoise Care Plan	37



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

	Sección G	Oficina del Programa del Ombudsman de New Mexico.....	39
	Sección H	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta	40
	Sección I	Seguro Social	43
	Sección J	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	44
	Sección K	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador.....	45
Capítulo 3	Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos	46	
	Sección A	Información sobre servicios y proveedores	50
	Sección B	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan.....	50
	Sección C	Su coordinador del cuidado de la salud	52
	Sección D	Cuidado de proveedores	53
	Sección E	Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)	59
	Sección F	Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias).....	60
	Sección G	Cómo recibir cuidado autodirigido	61
	Sección H	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	64
	Sección I	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre	67
	Sección J	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	68
	Sección K	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud.....	70
	Sección L	Equipo médico duradero (DME)	71
	Sección M	Servicios de Transporte	73

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 4	Tabla de Beneficios Médicos (qué cubrimos y qué paga usted).....	75
	Sección A Sus servicios cubiertos	77
	Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios	78
	Sección C Información sobre la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan	78
	Sección D La Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan	82
	Sección E Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	159
	Sección F Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni Turquoise Care Plan.....	160
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	162
	Sección A Cómo surtir sus recetas	166
	Sección B La Lista de Medicamentos de nuestro plan	171
	Sección C Límites en algunos medicamentos	174
	Sección D Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....	175
	Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos	178
	Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales	181
	Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	182
Capítulo 6	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de Turquoise Care Plan	185
	Sección A La Explicación de Beneficios (EOB)	188
	Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos.....	189
	Sección C Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	191
	Sección D Vacunas.....	191

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 7	Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	192
Sección A	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	194
Sección B	Cómo enviarnos una solicitud de pago	197
Sección C	Decisiones de cobertura.....	197
Sección D	Apelaciones	198
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	199
Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.....	202
Sección B	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos.....	203
Sección C	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI).....	207
Sección D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	216
Sección E	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	217
Sección F	Su derecho a dejar nuestro plan.....	217
Sección G	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	217
Sección H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	220
Sección I	Sus responsabilidades como miembro del plan	222
Capítulo 9	Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	226
Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud.....	230
Sección B	Dónde recibir ayuda.....	230
Sección C	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de Turquoise Care Plan en nuestro plan	231

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección D	Problemas con sus beneficios	232
Sección E	Decisiones de cobertura y apelaciones	232
Sección F	Cuidado médico	235
Sección G	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	249
Sección H	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....	259
Sección I	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	263
Sección J	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	267
Sección K	Cómo presentar una queja	270
Capítulo 10	Cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	275
Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan	277
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	278
Sección C	Cómo recibir los servicios de Medicare y de Turquoise Care Plan por separado	278
Sección D	Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	282
Sección E	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan	283
Sección F	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	284
Sección G	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	284
Sección H	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan.....	284
Capítulo 11	Avisos legales	285
Sección A	Aviso sobre las leyes.....	288
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación	288

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Turquoise Care Plan como pagador de último recurso	289
Sección D	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	289
Sección E	Responsabilidad civil del miembro	290
Sección F	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	291
Sección G	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil	291
Sección H	Motivos de fuerza mayor	292
Sección I	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes	292
Sección J	Evaluación de la tecnología	292
Sección K	Declaraciones del miembro	293
Sección L	Información disponible a solicitud	293
Sección M	Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2025	294
Sección N	Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red	295

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes 296

Exenciones de responsabilidad

- 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 Turquoise Care Plan. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y con Turquoise Care Plan.
- La cobertura de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP), un plan de salud que coordina todos sus servicios de Medicare y de Turquoise Care Plan, y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Bienvenido a nuestro plan.....	15
Sección B	Información sobre Medicare y Turquoise Care Plan	15
	Sección B1 Medicare	15
	Sección B2 Turquoise Care Plan	15
Sección C	Ventajas de nuestro plan.....	16
Sección D	Área de servicio de nuestro plan.....	17
Sección E	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	17
Sección F	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud.....	18
Sección G	Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	18
	Sección G1 Equipo de cuidado de la salud	18
	Sección G2 Plan de cuidado	19
Sección H	Sus costos mensuales de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)	19
	Sección H1 Prima del plan.....	20
	Sección H2 Prima mensual de la Parte B de Medicare.....	20
Sección I	Su Guía para Miembros.....	20

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J	Otra información importante que le enviamos	21
	Sección J1 Su UCard de miembro de UnitedHealthcare	21
	Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias	22
	Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos	23
	Sección J4 La Explicación de Beneficios	23
Sección K	Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	23
	Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI).....	24

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan presta servicios de Medicare y de Turquoise Care Plan a las personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, proveedores de servicios de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores del cuidado de la salud y equipos de cuidado de la salud para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Sección B Información sobre Medicare y Turquoise Care Plan

Sección B1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- Personas mayores de 65 años,
- Algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- Personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B2 Turquoise Care Plan

Turquoise Care Plan es el nombre del programa de Medicaid de New Mexico. Turquoise Care Plan es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. Turquoise Care Plan ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- Qué cuenta como ingresos y recursos,
- Quién cumple los requisitos,
- Qué servicios están cubiertos, **y**
- Cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Medicare y el estado de New Mexico aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de Turquoise Care Plan a través de nuestro plan siempre y cuando:

- Elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de New Mexico nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, sus requisitos de participación para recibir los servicios de Medicare y de Turquoise Care Plan no se verán afectados.

Sección C Ventajas de nuestro plan

Ahora, usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por Turquoise Care Plan a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de Medicaid funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede consultarnos por **todas** sus necesidades de cuidado de la salud.
- Cuenta con un equipo de cuidado de la salud que usted ayuda a formar. Su equipo de cuidado de la salud puede incluirles a usted, su cuidador, médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud.
- Usted tiene acceso a un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona colaborará con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a elaborar un plan de cuidado.
- Usted puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado de la salud y de su coordinador del cuidado de la salud.
- Su equipo de cuidado de la salud y su coordinador del cuidado de la salud colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado de la salud ayuda a coordinar los servicios que usted necesite. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado de la salud se asegura de que:
 - Sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para poder verificar que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario que puedan causarle.
 - Los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores, según corresponda.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección D Área de servicio de nuestro plan

Nuestro plan está disponible solamente para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, usted debe seguir viviendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de New Mexico: Bernalillo, Catron, Chaves, Cibola, Colfax, DeBaca, Dona Ana, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lincoln, Los Alamos, Luna, Mora, Otero, Rio Arriba, Roosevelt, San Miguel, Sandoval, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Valencia.

Si usted planea mudarse fuera del área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber si tenemos un plan en su nueva área.

Cuando se mude, tendrá un Período de Inscripción Especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nuevo sitio.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia de dirección postal. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en el **Capítulo 2**.

Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- Viva en nuestra área de servicio; **y**
- Tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- Sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- Actualmente cumpla los requisitos de Turquoise Care Plan **y**
- Sea ciudadano estadounidense, un residente permanente o un extranjero legal que necesita asistencia con el seguro o el cuidado de la salud
- Cumpla criterios financieros específicos (ingresos bajos o ingresos muy bajos) y también cumpla alguna de las siguientes condiciones:
- Esté embarazada, o
- Sea responsable de un hijo de hasta 18 años, o
- Sea ciego, o

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Tenga una discapacidad o un familiar de su núcleo familiar tenga una discapacidad, o
- Sea mayor de 65 años.

Si deja de cumplir los requisitos, pero se puede esperar que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de 6 meses, sigue cumpliendo los requisitos de nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA) en un plazo no mayor de 30 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos intentar realizarle una evaluación de riesgos para la salud, que es la base para desarrollar su plan de cuidado. La evaluación de riesgos para la salud incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para realizar esta evaluación. Podemos realizarla durante una visita en persona o una llamada telefónica, o por correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta evaluación de riesgos para la salud.

Sección G Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado

Sección G1 Equipo de cuidado de la salud

Un equipo de cuidado de la salud puede ayudarle a seguir recibiendo el cuidado que usted necesite. Un equipo de cuidado de la salud puede incluir a su médico, un coordinador del cuidado de la salud u otro profesional de salud que usted elija.

Un coordinador del cuidado de la salud es una persona capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que usted necesite. Cuando usted se inscribe en nuestro plan, se le asigna un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona también le refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan no puede proporcionarle y colaborará con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que se encuentran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador del cuidado de la salud y su equipo de cuidado de la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección G2 Plan de cuidado

Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos, tales como sus servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo, entre otros.

Su plan de cuidado incluye:

- Sus metas de cuidado de la salud.
- Un plazo para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado de la salud se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud. Le pregunta por los servicios que usted necesita. También le explica los servicios que sería conveniente que considere recibir. Su plan de cuidado se elabora según sus necesidades y metas. Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para actualizar su plan de cuidado al menos cada año.

Sección H Sus costos mensuales de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)

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. Este plan está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del estado como de Medicare. Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red. Los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Si **ya está inscrito** y recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Guía para Miembros no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídalo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección H1 Prima del plan

Los planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble tienen una prima de \$0 para los miembros que reciben el programa Ayuda Adicional (Subsidio para Personas de Bajos Ingresos).

Sección H2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó anteriormente en la Sección E, además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó anteriormente en la Sección 2, para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe mantener su categoría de participación en Turquoise Care Plan, además de tener tanto la Parte A como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros, Turquoise Care Plan paga la prima de la Parte A (si no califican para ella automáticamente) y de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no cumplen los requisitos para la Parte A sin prima.

Sección I Su Guía para Miembros

Esta **Guía para Miembros** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Para pedir una **Guía para Miembros**, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar la **Guía para Miembros** que está en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra al final de la página.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

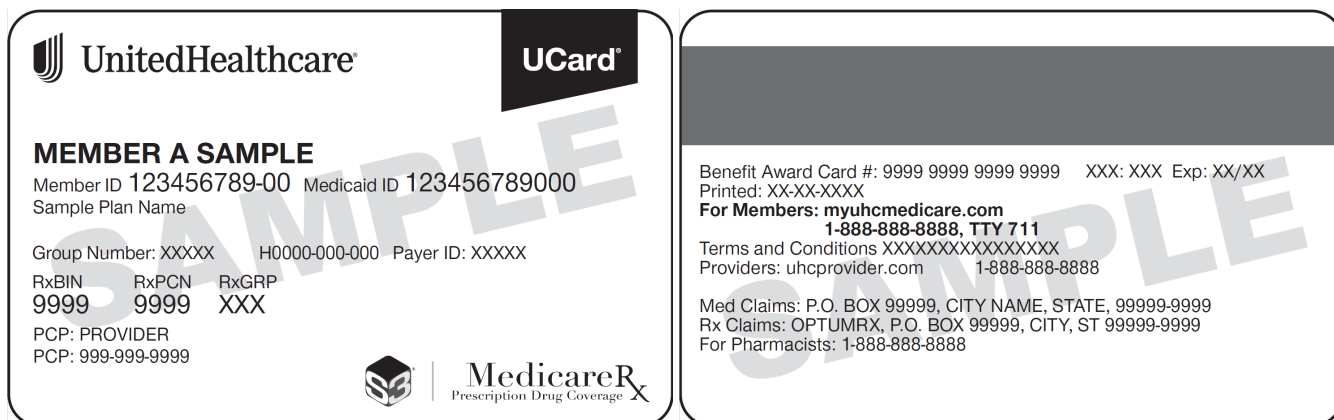
Sección J Otra información importante que le enviamos

Otra información importante que le proporcionamos incluye su UCard® de UnitedHealthcare (su tarjeta de ID de miembro), información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, e información sobre cómo acceder a una **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como Formulario.

Sección J1 Su UCard de miembro de UnitedHealthcare

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de ID de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y medicamentos con receta que obtenga en farmacias de la red.

IMPORTANTE – Si usted tiene Medicare y Turquoise Care, asegúrese de mostrar su tarjeta de ID de miembro y su tarjeta de ID de Medicaid estatal cada vez que acceda a servicios. Esto ayudará a que su proveedor facture correctamente. Esta es una UCard® de UnitedHealthcare de muestra. La suya será muy parecida:



Si su UCard de miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de ID de miembro del plan, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios o servicios de cuidados paliativos, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados de Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Su ID de miembro se puede usar para comprar alimentos saludables y artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), y para pagar sus servicios públicos. Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

limitaciones, exclusiones o restricciones de la red. Los beneficios de alimentos, productos de venta sin receta y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su **Guía para Miembros**.

Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en la dirección web que se encuentra al final de la página.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - Médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - Apoyos y Servicios a Largo Plazo, servicios de salud del comportamiento, agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de Medicaid.

Los proveedores de la red acordaron aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que aceptan surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar sus medicamentos.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tanto Servicio al Cliente como nuestro sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos **Lista de Medicamentos**. Indica los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

La **Lista de Medicamentos** también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Cada año, le enviamos la “Lista de Medicamentos”, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.

Sección J4 La Explicación de Beneficios

Cuando usted usa sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayuda a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. Esta Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros** ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede pedir una Explicación de Beneficios. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avísenos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que nuestros registros tengan datos correctos. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios recibe usted, y cuánto le cuestan**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Avísenos lo siguiente de inmediato:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales.
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito.
- Admisión en un centro de enfermería o un hospital.
- Cuidado en un hospital o una sala de emergencias.
- Cambios de cuidador (u otro responsable de usted).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que esté participando o comience a participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Los residentes de New Mexico pueden mantener su información actualizada con Turquoise Care Plan por Internet en <https://www.hsd.state.nm.us/turquoise-care/> o a través del Departamento de Servicios Humanos de New Mexico al **1-800-283-4465**.

Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal. Para obtener más información detallada sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el **Capítulo 8** de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud y otras personas para que le defiendan en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Servicio al Cliente	28
Sección B	Su Equipo de Administración del Cuidado de la Salud.....	33
Sección C	Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)	34
Sección D	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	35
Sección E	Medicare.....	36
Sección F	Turquoise Care Plan	37
Sección G	Oficina del Programa del Ombudsman de New Mexico.....	39
	Sección G1 La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de New Mexico	39
Sección H	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta	40
	Sección H1 Programa Ayuda Adicional	40
	Sección H2 Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)	40
	Sección H3 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)	41
Sección I	Seguro Social	43



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	44
Sección K	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador.....	45

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Servicio al Cliente

Método	Información de contacto
Llame al	1-866-393-0208 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Fax	1-888-950-1169
Escriba a	UnitedHealthcare Attention: Member Services Department P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	myuhc.com/CommunityPlan

Comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y sus servicios cubiertos, o
 - Lo que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud.
 - Si desea más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Si desea más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** o comuníquese con Servicio al Cliente.

Método	Apelaciones relacionadas con el cuidado médico – Información de contacto
Llame al	1-866-393-0208 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
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
Escriba a	UnitedHealthcare Appeal and Grievance Department Attn: Complaint and Appeals Department P.O. Box 6106, MS CA 120-0360 Cypress, CA 90630-0016
Fax	Para proceso estándar 1-888-517-7113 Para proceso rápido 1-866-373-1081
Método	Apelaciones (Medicaid) – Información de contacto
Llame al	1-877-236-0826 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Método	Apelaciones (Medicaid) – Información de contacto
Escriba a	UnitedHealthcare Community Plan Turquoise Care Plan Appeals and Grievances P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131-0364
Fax	1-801-994-1082
Correo electrónico	UHCCP_NM_AG@uhc.com

- Quejas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. Usted también puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al **1-866-393-0208**, TTY **711**.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - También puede comunicarse con Turquoise Care Plan por su queja

Método	Apelaciones – Información de contacto
Llame al	1-877-236-0826 Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
Escriba a	UnitedHealthcare Community Plan Turquoise Care Plan Appeals and Grievances P.O. Box 31364 Salt Lake City, UT 84131-0364

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Método	Apelaciones – Información de contacto
Fax	1-801-994-1082
Correo electrónico	UHCCP_NM_AG@uhc.com

– Si desea más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - Sus beneficios y sus medicamentos cubiertos, o
 - Lo que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare y a los medicamentos con receta y sin receta de Turquoise Care Plan.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta – Información de contacto
Llame al	1-866-393-0208 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 Para proceso rápido 1-855-409-7041
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

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Método	Apelaciones relacionadas con los medicamentos con receta – Información de contacto
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6106, MS CA 120-0368 Cypress, CA 90630-0016
Fax	Para proceso estándar 1-866-308-6294 Para proceso rápido 1-866-308-6296

- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.
- El pago de cuidado de la salud o de medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección B Su Equipo de Administración del Cuidado de la Salud

Método	Información de contacto
Llame al	1-866-393-0208 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Esta llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Fax	1-888-950-1169
Escriba a	UnitedHealthcare Attention: Member Services Department P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	myuhc.com/CommunityPlan

Comuníquese con su equipo de administración del cuidado de la salud para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
- Preguntas sobre cómo recibir servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre transporte

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. En el estado de New Mexico, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico (New Mexico Benefits Counseling Program SHIP).

No tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-432-2080 De 7:45 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes
TTY	1-505-476-4937 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	New Mexico Benefits Counseling Program SHIP 2250 Cerrillos Rd Santa Fe, NM 87505
Sitio web	www.nmaging.state.nm.us

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de New Mexico para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre Medicare
- Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de New Mexico pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
 - Comprender sus derechos,
 - Comprender sus opciones de planes,
 - Presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud, y
 - Resolver problemas con sus facturas.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección D Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

El estado de New Mexico tiene una organización llamada ACENTRA. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. ACENTRA no tiene relación con nuestro plan.

Método	Información de contacto
Llame al	1-888-315-0636 De 9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; de 10 a.m. a 4 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	KEPRO 5201 W Kennedy BLVD, STE 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	acentraqio.com

Comuníquese con ACENTRA para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- Cómo presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - Tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - Cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; o
 - Piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección E Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F Turquoise Care Plan

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también cumplen los requisitos de Medicaid. Algunas personas cumplen los requisitos de Medicaid, pero no de Medicare. En el estado de New Mexico, es posible que Medicaid pague servicios domésticos, para el cuidado personal y de otro tipo que no cubre Medicare. Medicaid también tiene programas que pueden ayudar a pagar las primas de Medicare y otros costos si usted cumple los requisitos de Medicare y califica. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, los miembros de UnitedHealthcare deben llamar al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID, y quienes no son miembros de UnitedHealthcare, pueden llamar al 1-833-909-0904, TTY 711, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.

Medicaid ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a la Autoridad de Cuidado de la Salud (Health Care Authority, HCA).

Método	Autoridad de Cuidado de la Salud (HCA) – Información de contacto
Llame al	1-800-283-4465 De 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	HCA.NM.Gov

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Método	Oficina Estatal de Medicaid (para obtener información sobre los requisitos de participación) – Información de Contacto Turquoise Care Plan de New Mexico
Llame al	1-800-283-4465 De 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar.
Escriba a	2550 Cerrillos Road, Santa Fe, NM 87505
Sitio web	https://www.hsd.state.nm.us/turquoise-care/

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección G Oficina del Programa del Ombudsman de New Mexico

La Oficina del Programa del Ombudsman de New Mexico actúa como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. La Oficina del Programa del Ombudsman de New Mexico también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-432-2080 De 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes
TTY	711 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	New Mexico Ombudsman 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505
Sitio web	https://aging.nm.gov/long-term-care/ombudsman

Sección G1 La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de New Mexico

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care, LTC) de New Mexico ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de New Mexico no tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Información de contacto
Llame al	1-866-451-2901 De 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes
Escriba a	New Mexico LTC Ombudsman 2550 Cerrillos Road Santa Fe, NM 87505

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Método	Información de contacto
Sitio web	https://aging.nm.gov/long-term-care/ombudsman-old/long-term-care-ombudsman-old

Sección H Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta

El sitio web **es.Medicare.gov** (es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, según se describe a continuación.

Sección H1 Programa Ayuda Adicional

Dado que cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. No necesita hacer nada para recibir este programa “Ayuda Adicional”.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov

Sección H2 Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)

Muchos estados y las U.S. Virgin Islands ofrecen ayuda para pagar los medicamentos con receta, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), el programa Ayuda Adicional de Medicare paga primero.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección H3 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos de dicho programa y que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta.

Nota: Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de ser personas no aseguradas o subaseguradas.

Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la oficina del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado que se indica a continuación.

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos en pagos mensuales que varían a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos. Participar en el “programa Ayuda Adicional” de Medicare, el Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida, para aquellos que califican, es más ventajoso que participar solo en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros cumplen los requisitos para participar en esta opción de pago, independientemente del nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para saber si esta opción de pago es adecuada para usted.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Método	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare – Información de Contacto
Llame al	1-866-393-0208 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 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 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: 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
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	MyUHC.com/CommunityPlan

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección I Seguro Social

El Seguro Social determina los requisitos de participación y administra las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que son mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) y reúnen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	ssa.gov/espanol/

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Información de contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 a.m. a 12 p.m., los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	rrb.gov

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección K Seguro de grupo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)** si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta vigente con nuestro plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para
recibir sus servicios para el cuidado de
la salud y otros servicios cubiertos

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le explica sobre su coordinador del cuidado de la salud, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer si le facturan directamente servicios que cubrimos y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Información sobre servicios y proveedores	50
Sección B	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	50
Sección C	Su coordinador del cuidado de la salud	52
	Sección C1 Qué es un coordinador del cuidado de la salud	52
	Sección C2 Cómo puede comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud	53
	Sección C3 Cómo puede cambiar de coordinador del cuidado de la salud	53
Sección D	Cuidado de proveedores	53
	Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)	53
	Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red.....	56
	Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan	57
	Sección D4 Proveedores fuera de la red	58
Sección E	Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS).....	59



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F	Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	60
Sección G	Cómo recibir cuidado autodirigido.....	61
Sección H	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	64
	Sección H1 Cuidado en una emergencia médica	64
	Sección H2 Cuidado requerido de urgencia.....	65
	Sección H3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe.....	66
Sección I	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre	67
	Sección I1 Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios	67
Sección J	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	68
	Sección J1 Definición de un estudio de investigación clínica	68
	Sección J2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	69
	Sección J3 Más información sobre estudios de investigación clínica	69
Sección K	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud	70
	Sección K1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud	70
	Sección K2 Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	70
Sección L	Equipo médico duradero (DME).....	71
	Sección L1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan	71

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección L2	Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original.....	71
Sección L3	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	72
Sección L4	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)	72
Sección M	Servicios de Transporte	73



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Información sobre servicios y proveedores

Servicios son cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. **Servicios cubiertos** son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. Los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo cubiertos se indican en el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**. Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, servicios de salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

Sección B Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y por Turquoise Care Plan. Esto incluye los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Nuestro plan generalmente pagará los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo que usted reciba cuando cumpla nuestras reglas. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios Médicos del **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. El cuidado médicamente necesario es el cuidado que se proporciona en la cantidad y el lugar adecuados para sus necesidades de salud, según los estándares profesionales y las pautas nacionales, y para necesidades de salud y no principalmente para la conveniencia del miembro, del proveedor o de UnitedHealthcare Community Plan.
- Para recibir servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** de la red que le indique el cuidado o le diga que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación para que usted pueda usar un proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Si desea más información sobre las referencias, consulte la página **310**.
- No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información, consulte la Sección D1 de este capítulo).
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Habitualmente, no cubriremos el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección H** de este capítulo).
 - Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Usted debe obtener nuestra aprobación antes de comenzar a recibir cuidado de un proveedor fuera de la red. Comuníquese con su navegador del cuidado de la salud; para ello, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-866-393-0208**. En esta situación, cubrimos el cuidado como si usted lo hubiera recibido de un proveedor de la red.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. El costo compartido que usted paga por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor dentro de la red que suele prestarle los servicios de diálisis no está a su disposición temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro del área de servicio, de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por los servicios de diálisis puede ser más alto.
 - Usted puede consultar a un proveedor de planificación familiar de su elección, aunque dicho proveedor esté fuera de la red. No se requiere una preautorización.
 - Cubrimos los servicios para la posestabilización si usted tiene una enfermedad de emergencia, independientemente de que el proveedor esté dentro o fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C Su coordinador del cuidado de la salud

Los coordinadores del cuidado de la salud son personas que le ayudan a usted (el miembro) a usar sus beneficios para recibir el cuidado y los servicios que necesite. Esto incluye ayudarle a obtener beneficios adicionales a través de su plan de salud que tal vez usted no haya podido recibir antes de inscribirse en UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP). El coordinador del cuidado de la salud colaborará con usted para asegurarse de que su plan de salud sepa lo que necesita y cómo desea recibir sus servicios, y le ayudará con las preguntas que tenga sobre cómo recibir cuidado. Su coordinador del cuidado de la salud también puede ayudarle a conectarse con recursos comunitarios. En colaboración con usted y su equipo de cuidado de la salud, su coordinador del cuidado de la salud le ayudará a crear un Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) que se actualizará si sus necesidades y preferencias cambian con el tiempo.

Sección C1 Qué es un coordinador del cuidado de la salud

Los coordinadores realizan y atienden llamadas de apoyo a nuestros miembros. Los coordinadores ofrecen apoyo personalizado a los miembros de varias maneras:

- Un único punto de contacto para que los miembros reciban ayuda.
- Un aliado conocido y confiable para los miembros.
- Ayuda para tratar y resolver las preguntas de los miembros sobre cuidado de la salud y servicio al cliente.
- Apoyo para los cuidadores de los miembros, de manera que sean una parte fundamental de la experiencia de los miembros, lo que incluye responder preguntas y abogar por el cuidado y el apoyo social.
- Una experiencia personalizada que puede incluir:
 - Coordinar el cuidado de la salud.
 - Resolver problemas con reclamos.
 - Proporcionar apoyo para apelaciones y quejas formales.
 - Satisfacer las necesidades de apoyo social (p. ej., transporte, vivienda).
 - Explicar los recursos y beneficios disponibles.
 - Ayudar con los Factores Determinantes Sociales de Salud (Social Determinants of Health, SDOH).
 - Ayudar a buscar proveedores y a programar citas.
 - Promover y programar visitas de bienestar a proveedores de cuidado primario.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C2 Cómo puede comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud

Si desea hablar con un Coordinador del Cuidado de la Salud, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**, 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.

Sección C3 Cómo puede cambiar de coordinador del cuidado de la salud

Puede solicitar el cambio de su Coordinador del Cuidado de la Salud si no es adecuado para usted. Si necesita más información o ayuda para elegir un nuevo Coordinador del Cuidado de la Salud, llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**, 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.

Sección D Cuidado de proveedores

Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Ahora que usted es miembro de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP), su Proveedor de Cuidado Primario (PCP) le ayudará a usted y a su familia a recibir el cuidado de la salud que necesiten.

Definición de proveedor de cuidado primario y lo que hace este proveedor por usted

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico de la red con licencia que usted elige para prestar o coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario?

Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Medicina General.

¿Cuál es el rol de mi proveedor de cuidado primario?

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud. También es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Es importante que entable y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Es importante que llame primero a su proveedor de cuidado primario cuando necesite cuidado. Si usted tenía un proveedor de cuidado primario antes de inscribirse en UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP), llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**. Podemos ayudarle a seguir atendiéndose con ese proveedor de cuidado primario si usted lo desea.

Su elección de proveedor de cuidado primario

1. Elija un proveedor de cuidado primario en el momento en que se inscriba en el programa Community Plan con UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP). Esta persona será su proveedor de cuidado primario mientras usted esté inscrito en UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP).
 - Si su proveedor de cuidado primario actual es un proveedor dentro de la red de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP), usted puede seguir atendiéndose con ese médico
 - Si no tiene un proveedor de cuidado primario, puede elegir uno de una lista de médicos en nuestro **Directorio de Proveedores** o en **connect.werally.com/state-plan-selection/uhc.medicaid/state?locale=es-US**
 - Llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**, TTY **711**, si necesita ayuda para elegir un médico
 - Si no elige un proveedor de cuidado primario en los primeros 10 días de estar en nuestro plan, elegiremos un médico por usted. Si no le gusta el proveedor de cuidado primario que elegimos por usted, puede cambiarle. Llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**, TTY **711**, para cambiar de proveedor de cuidado primario.
 - UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) le enviará una UCard. El nombre y el número de teléfono de su proveedor de cuidado primario se incluirán en la carta que se le enviará por correo postal.
2. Su proveedor de cuidado primario puede ser uno de los siguientes:
 - Médico de Medicina General y Familiar — Generalmente, puede atender a toda la familia
 - Médico de Medicina Interna — Generalmente, solo atiende a adultos
 - Obstetra o Ginecólogo (Obstetrician/Gynecologist, OB/GYN) — Se especializa en la salud de la mujer y el cuidado de maternidad
 - Si usted tiene necesidades especiales de cuidado de la salud, puede elegir un especialista para que sea su proveedor de cuidado primario



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

3. Cuando elija a su proveedor de cuidado primario:

- Trate de elegir un médico que pueda enviarle al hospital que usted desea. No todos los médicos pueden enviar pacientes a todos los hospitales. Nuestro directorio de proveedores indica los hospitales a los que puede enviarle un proveedor de cuidado primario. Usted también puede llamar a Servicio al Cliente para pedir ayuda.
- A veces, el proveedor de cuidado primario que elija no podrá aceptar nuevos pacientes. Si usted tiene que elegir un médico diferente, le avisaremos.

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Si su proveedor de cuidado primario deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar uno nuevo dentro de nuestra red.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o hágalo por Internet. Si necesita ayuda para elegir un nuevo proveedor de cuidado primario, Servicio al Cliente puede ayudarle. Si el proveedor de cuidado primario está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva UCard de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) que incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de cuidado primario.

Servicios que puede recibir sin la aprobación de su proveedor de cuidado primario

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referencia**. Usted puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su proveedor de cuidado primario:

- Servicios para emergencias de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Cuidado requerido de urgencia de proveedores de la red.
- Cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando usted no pueda visitar a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana).

Nota: El cuidado requerido de urgencia debe ser de necesidad inmediata y médicamente necesario.

- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté lejos.
- Vacunas antigripales y contra la COVID-19



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Servicios de rutina para el cuidado de la salud de la mujer y para la planificación familiar, que incluyen exámenes de seno, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Los nativos americanos de Estados Unidos pueden visitar un centro de cuidado de la salud tribal o del Servicio de Salud Indígena (Indian Health Service, IHS). No necesita una referencia ni una preautorización.
- Cuidado de la salud mental
- Cuidado del abuso de sustancias
- Pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (sexually transmitted diseases, STD) — incluye un examen anual y hasta cinco visitas a un ginecólogo (gynecologist, GYN) por cada año
- Exámenes de la vista de rutina
- Clases educativas — sobre la crianza de los hijos, el tratamiento para dejar de fumar y la preparación para el parto

Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas, tales como:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades frecuentes de cuidado de la salud, es posible que en algún momento considere que usted necesita consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de servicios de salud mental o de salud del comportamiento de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para su enfermedad, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Consulte el **Directorio de Proveedores**, que contiene una lista de los especialistas del Plan a su disposición a través de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores** en Internet en **myuhc.com/CommunityPlan**.

Si no podemos encontrarle un proveedor calificado de la red del plan, debemos darle una autorización permanente de servicio para un especialista calificado en el caso de cualquiera de las siguientes situaciones:

- Una enfermedad crónica (permanente);
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- Una discapacidad o enfermedad degenerativa;
- Cualquier otra situación o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir el tratamiento de un especialista.

Si usted no obtiene una autorización de servicio de nuestra parte cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de esta página.

Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted use deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de servicios de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen si son médicamente necesarios, y colaboramos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas. Los servicios cubiertos que podrían necesitar una preaprobación se indican en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado. Llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece al final de esta página.

Sección D4 Proveedores fuera de la red

Como miembro de nuestro plan, usted puede elegir recibir cuidado de proveedores fuera de la red. Sin embargo, tenga en cuenta que los proveedores que no tienen un contrato con nosotros no tienen ninguna obligación de tratarle, excepto en situaciones de emergencia. Nuestro plan cubrirá los servicios de proveedores dentro o fuera de la red, siempre y cuando los servicios sean beneficios cubiertos y médicamente necesarios. Sin embargo, si usted usa un proveedor fuera de la red, es posible que su parte de los costos por sus servicios cubiertos sea mayor.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o en Turquoise Care Plan.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en Turquoise Care Plan.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección E Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Es posible que cumpla los requisitos para apoyos y servicios a largo plazo (LTSS). Esto incluye el cuidado en un centro de enfermería o en su propio domicilio. Estos servicios requieren la preautorización de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) y es posible que usted tenga que cumplir ciertos requisitos.

Su Administrador del Cuidado de la Salud de Apoyos y Servicios a Largo Plazo puede ayudarle a:

- Recibir servicios cubiertos, incluido el cuidado a largo plazo
- Organizar y proporcionar cuidado para los miembros en sus domicilios a través de exámenes clínicos, administración del cuidado de la salud completo y de emergencia, y coordinación del cuidado de transición después de una estadía como paciente hospitalizado con un caso agudo
- Proporcionar un enfoque integrado a la administración de todos los beneficios de los miembros, incluidos los Apoyos y Servicios a Largo Plazo
- Desarrollar y autorizar planes de servicios para los miembros, y coordinar los Servicios a Domicilio y en la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS)
- Programar pruebas y citas médicas
- Programar transporte
- Encontrar maneras de asegurarse de que usted reciba el servicio adecuado
- Encontrar recursos para ayudarle con las necesidades especiales de cuidado de la salud o ayudar a sus cuidadores a manejar el estrés cotidiano
- Conectarse con servicios comunitarios y sociales
- Hacer un seguimiento de los resultados clínicos
- Reunirse con proveedores de cuidado de la salud para revisar los déficits en el cuidado de los pacientes
- Hacer la transición a otro cuidado cuando terminen sus beneficios, o si usted elige pasarse a otro tipo de cobertura de cuidado de la salud

Para obtener más información sobre el programa de cuidado clínico para personas que necesitan apoyos y servicios a largo plazo, comuníquese con nuestro programa de cuidado clínico al **1-855-409-7073**. Nuestro personal puede dar más información.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

El cuidado de la salud mental le ayuda cuando usted se siente deprimido o ansioso. Para acceder directamente a sus beneficios de salud mental o del comportamiento, llame al número de salud del comportamiento que se encuentra en la parte de atrás de su UCard de miembro, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando llame, hablará con un representante que verificará si usted cumple los requisitos y reunirá información básica sobre usted y su situación. Según lo que usted sienta, el representante evaluará qué proveedor y tratamiento serían adecuados para su situación. Usted también puede pedirle a su proveedor de cuidado primario que llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su UCard de miembro y coordine una referencia en nombre de usted. También puede llamar para recibir información sobre los profesionales médicos dentro de la red, el cuidado subespecializado y cómo obtener cuidado después del horario de atención normal. Se mantiene la confidencialidad, por lo que puede tener la certeza de que la información personal sobre la que hable con el personal se mantendrá estrictamente confidencial.

Cómo acceder a su beneficio de salud mental/del comportamiento

Para acceder directamente a sus beneficios de salud mental y del comportamiento, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece al final de esta página. Cuando llame, hablará con un representante que verificará si usted cumple los requisitos y reunirá información básica sobre usted y su situación. Según la ayuda que necesite, es posible que luego un profesional clínico hable con usted sobre el problema que tiene y evalúe qué proveedor y tratamiento serían adecuados para su situación.

Usted también puede pedirle a su proveedor de cuidado primario que llame al número que se encuentra en la parte de atrás de su UCard de miembro y coordine una referencia en nombre de usted. También puede llamar para recibir información sobre los profesionales médicos dentro de la red, el cuidado subespecializado y cómo obtener cuidado después del horario de atención normal. Se mantiene la confidencialidad, por lo que puede tener la certeza de que la información personal sobre la que hable con el personal se mantendrá estrictamente confidencial.

Servicios para problemas de alcohol o de otras drogas

Los problemas con el alcohol u otras drogas son peligrosos para su salud y para la salud de las personas que le rodean. Es importante consultar al médico si necesita ayuda con estos problemas. UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) le ayudará a organizar los servicios de desintoxicación y a coordinar el cuidado de la salud para ayudarle a recibir otros servicios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección G Cómo recibir cuidado autodirigido

Beneficio Comunitario Autodirigido (Self-Directed Community Benefit, SDCB) — Los miembros trabajan con un agente de apoyo, desarrollan un plan de cuidado, eligen a sus propios proveedores y autorizan planillas de asistencia, además de asegurarse de pagar a sus proveedores.

1. ¿Qué es el Beneficio Comunitario Autodirigido?

- El Beneficio Comunitario Autodirigido (SDCB) es el nombre que le da Turquoise Care Plan al paquete de beneficios de servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS) que permite a los miembros que cumplen los requisitos dirigir su propio cuidado y servicios
 - Los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido pueden elegir a la persona que le presta sus servicios y la manera en que se prestan
 - Los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido pueden comprar artículos que les permitan ser más independientes
 - Los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido autorizan y presentan planillas de asistencia y facturas para el pago
 - Los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido son un empleador registrado para asegurar el pago a empleados y proveedores
- Los Beneficios Comunitarios Autodirigidos son servicios y artículos que permiten a los miembros que cumplen los requisitos recibir cuidado en su domicilio o en la comunidad como una alternativa a ser alojados en un centro de cuidado a largo plazo
- Los Beneficios Comunitarios están diseñados para complementar los apoyos naturales y no están destinados a proporcionar cuidado las 24 horas al miembro
- Los miembros de Turquoise Care Plan deben recibir Beneficios Comunitarios en el Beneficio Comunitario a Través de Agencias (Agency-Based Community Benefit, ABCB) durante al menos 120 días calendario antes de poder cambiarse al programa de Beneficio Comunitario Autodirigido

2. Como miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido de Turquoise Care Plan, usted es responsable de dirigir su propio cuidado.

- Cada miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido es responsable de qué tipos de servicios y artículos satisfacen mejor sus necesidades individuales
- El miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido tiene un Empleador Registrado (Employer of Record, EOR) que administra el pago de sus proveedores. El Empleador



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Registrado puede ser el miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido u otra persona que el miembro elija. Medicaid no permite que el Empleador Registrado reciba un pago por realizar las tareas de Empleador Registrado.

- El Empleador Registrado contrata y despide a los empleados y proveedores que prestan el tipo de cuidado necesario para mantener la salud y la seguridad del miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido
- El Empleador Registrado se asegura de que las facturas y las planillas de asistencia de los empleados del miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido sean exactas, estén firmadas y se presenten a tiempo ante la Agencia de Administración Fiscal (Fiscal Management Agency, FMA)
- El Empleador Registrado no puede ser un empleado remunerado del miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido

3. Cada miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido de Turquoise Care Plan trabaja con un coordinador del cuidado de la salud y un agente de apoyo.

- El miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido trabaja con un agente de apoyo, similar a un asesor de Mi Via. El agente de apoyo ayuda al miembro desarrollar un plan de cuidado del Beneficio Comunitario Autodirigido y ayuda al miembro con el programa del Beneficio Comunitario Autodirigido.
- Todas las organizaciones de cuidado administrado (managed care organizations, MCO) contratan a agentes de apoyo. Todos los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido deben elegir una agente de apoyo que tenga contrato con su organización de cuidado administrado elegida.
- Los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido también tienen un coordinador del cuidado de la salud de la organización de cuidado administrado que ayuda al agente de apoyo del Beneficio Comunitario Autodirigido a administrar el programa del Beneficio Comunitario Autodirigido del miembro
- El coordinador del cuidado de la salud y el agente de apoyo ayudan al miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido con prácticamente todos los aspectos de dicho programa

4. Cada miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido de Turquoise Care Plan trabaja con la Agencia de Administración Fiscal (FMA) que acredita a sus empleados y procesa la nómina de los proveedores.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- La Agencia de Administración Fiscal administra un sistema en Internet para permitir a los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido ver su plan de cuidado aprobado del Beneficio Comunitario Autodirigido y sus gastos presupuestarios
 - Todos los miembros del Beneficio Comunitario Autodirigido trabajan con la misma Agencia de Administración Fiscal para realizar las tareas financieras asociadas con la contratación, el despido y el pago de proveedores puntualmente
5. El presupuesto del Beneficio Comunitario Autodirigido se determina según las necesidades del miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido.
- Los presupuestos del Beneficio Comunitario Autodirigido se determinan según los tipos de servicios que se evalúa que necesita un miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido. El Coordinador del Cuidado de la Salud realiza una Evaluación Completa de Necesidades (Comprehensive Needs Assessment, CNA) cuando se determina o redetermina el Nivel de Cuidado.
 - La Evaluación Completa de Necesidades identifica los servicios que ayudarán al miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido a mantenerse de forma segura en la comunidad, y se asigna un valor monetario de Medicaid a estos servicios. El plan de cuidado del Beneficio Comunitario Autodirigido se desarrolla a partir del presupuesto aprobado del Beneficio Comunitario Autodirigido. El agente de apoyo ayuda al miembro a desarrollar el plan de cuidado del Beneficio Comunitario Autodirigido que cubre las necesidades del miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido para un año.
 - La organización de cuidado administrado revisa el plan de cuidado del Beneficio Comunitario Autodirigido propuesto y toma la decisión final de aprobarlo o denegarlo
6. Un familiar del miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido puede ser un proveedor si califica y es aprobado para trabajar.
- Un miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido puede presentar una solicitud por escrito ante su organización de cuidado administrado para contratar a un familiar
 - La organización de cuidado administrado determinará si el miembro cumple los criterios para que se le pague a un familiar para que le proporcione cuidado
7. Un miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido puede hacer la transición al modelo del Beneficio Comunitario a Través de Agencias en cualquier momento.
- Si un miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido ya no desea dirigir su propio cuidado, puede solicitar dejar el programa del Beneficio Comunitario Autodirigido y recibir sus servicios del Beneficio Comunitario a Través de Agencias.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- No hay ninguna interrupción en el servicio durante esta transición; sin embargo, hay diferentes servicios disponibles en cada paquete de Beneficios Comunitarios – Por ejemplo, los artículos relacionados no están disponibles en el Beneficio Comunitario a Través de Agencias y la Vivienda Asistida no está disponible en el Beneficio Comunitario Autodirigido
- La organización de cuidado administrado puede solicitar que un miembro del Beneficio Comunitario Autodirigido haga la transición al Beneficio Comunitario a Través de Agencias si el miembro tiene dificultades para administrar el programa del Beneficio Comunitario Autodirigido. Se proporciona educación y asistencia integral al miembro para ayudarlo a comprender el programa del Beneficio Comunitario Autodirigido antes de tomar la decisión de realizar la transición al modelo del Beneficio Comunitario a Través de Agencias.

Sección H Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe

Sección H1 Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas como dolor grave o una lesión grave. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- Un riesgo grave para su salud o la de su feto; o
- Un daño grave en las funciones corporales; o
- Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario usar un proveedor de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.

En cuanto sea posible, avise a nuestro plan de su emergencia. Realizamos un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para avisarnos que recibió cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo no mayor de 48 horas, al número de Servicio al Cliente, **1-866-393-0208**, TTY **711**. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios para emergencias si se demora en avisarnos. Llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Si desea más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos del **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su caso se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando sea razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su cuidado.

Una vez que el médico dice que no era una emergencia, cubrimos su cuidado adicional **solamente** si:

- Usted usa un proveedor de la red **o**
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirlo. Consulte la próxima sección.

Sección H2 Cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de un problema existente o un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana, y necesitar tratamiento.

Cuidado requerido de urgencia dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- Usted recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, cubrimos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Consulte su **Directorio de Proveedores**, que contiene una lista de Centros de Cuidado de Urgencia de la red.

Cuidado requerido de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado requerido de urgencia ni ningún otro cuidado que no sea de emergencia que usted reciba fuera de los Estados Unidos.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

Sección H3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe declarada, visite nuestro sitio web: **myuhc.com/CommunityPlan**.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red a la tarifa de costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección I Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted debe pedirnos que la paguemos.

No debe pagar la factura. Si lo hace, no podemos hacerle un reembolso.

Si usted pagó servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros** para saber qué puede hacer.

Sección I1 Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- Que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- Que se encuentren en la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**), **y**
- Que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

Turquoise Care Plan cubre algunos servicios que este programa no cubre (por ejemplo, algunos servicios de salud del comportamiento en la comunidad).

Si usted recibe servicios que no cubre nuestro plan ni Turquoise Care Plan, **usted paga de su bolsillo el costo total.**

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica qué puede hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le explica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente si desea más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, paga el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

Sección J1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar y expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le proporciona información sobre el estudio y determina si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Durante su participación en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue cubriéndole los servicios y el cuidado que no estén relacionados con el estudio.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations-coverage with evidence development, NCD-CED) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos avise antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros por Medicare Original, les recomendamos a usted o a su coordinador del cuidado de la salud que se comuniquen con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- El tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado

Si participa en un estudio que Medicare **no** aprobó, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

- Por lo general, Medicare no pagará el nuevo artículo o servicio que se prueba en el estudio, a menos que Medicare cubriera el artículo o el servicio incluso aunque usted no participara en un estudio.
- Los artículos o los servicios que se proporcionan solo para recopilar datos y que no se usan en el cuidado directo de su salud. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (computed tomographies, CT) mensuales que se realicen como parte del estudio si su enfermedad normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Artículos y servicios que los patrocinadores de la investigación suelen proporcionar sin cargo a cualquier miembro que participa en el ensayo.

Sección J3 Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar 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**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Sección K Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección K1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección K2 Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es todo cuidado que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es todo cuidado que **no es voluntario y que se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos **no religiosos** del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro:
 - Usted debe tener una enfermedad que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - **y** – Debe obtener nuestra aprobación antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía **no** tendrá cobertura.

Se aplican los límites de cobertura de Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección **Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados** en la Tabla de Beneficios Médicos del **Capítulo 4**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección L Equipo médico duradero (DME)

Sección L1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye ciertos artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores, andadores, suministros para la incontinencia y sillas para baño.

Usted siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

En esta sección, se explica el equipo médico duradero que usted alquila. Como miembro de nuestro plan, por lo general, usted **no** adquirirá la propiedad del equipo médico duradero, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

Aunque haya tenido el equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** adquirirá la propiedad del equipo.

Sección L2 Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de Planes Medicare Advantage en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare Y Usted 2025**. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/publications/10050-s-medicare-and-you.pdf](https://www.medicare.gov/publications/10050-s-medicare-and-you.pdf)) o pedirla 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**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero si:

- No adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan; **y**

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones.

Sección L3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- Alquiler del equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

Sección L4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su distribuidor debe proporcionar:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- Equipo de oxígeno y suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- Su distribuidor luego proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su nuevo plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

Sección M Servicios de Transporte

UnitedHealthcare ofrece transporte para citas médicas, dentales, de la vista y de salud del comportamiento. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias.

Si necesita transporte, sus beneficios lo incluyen. Cubrimos viajes a:

- Citas médicas
- Banco de alimentos
- Farmacia
- Citas con el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños
- Citas para determinar la categoría de participación en Medicaid
- Lugares de culto
- Clases de preparación para el parto
- Tiendas de comestibles
- Actividades relacionadas con el trabajo
- Reuniones de grupos de apoyo

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Siga estas reglas sencillas que le ayudarán a conseguir transporte:

- Llame con más de 3 días de anticipación
- Llame al **1-866-393-0208**, TTY **711** para programar su viaje
- Si cancela su visita, llame al **1-866-393-0208** para cancelar su viaje
- Tenga disponible su UCard de UnitedHealthcare
- Los viajes son únicamente por motivos aprobados
- Conozca la dirección de su proveedor de cuidado de la salud y la fecha y hora de su cita
- Sea específico sobre el lugar al que tiene que viajar
- Después de su visita, llame para pedir un viaje a su domicilio
- Si su médico le da una receta, puede parar en una farmacia para obtener su medicamento
- Avísenos si tiene necesidades especiales, como una silla de ruedas
- Los miembros menores de 16 años deben ir acompañados de su padre, madre o tutor
- El transporte puede estar limitado a un proveedor cerca de usted

Usted también podría calificar para un pase de autobús o para el reembolso de millas de viajes realizados por amigos y familiares. Llame a Servicio al Cliente para programar un viaje o para hacer preguntas sobre cómo recibir servicios de transporte.

Este servicio es para viajes programados con anticipación. Si usted tiene una emergencia potencialmente mortal, llame al 911. Si es necesario que le envíen al hospital, se le proporcionará una ambulancia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos
(qué cubrimos y qué
paga usted)

Capítulo 4

Tabla de Beneficios Médicos (qué cubrimos y qué paga usted)

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan, las restricciones a esos servicios o los límites en estos, y cuánto paga usted por cada servicio. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Sus servicios cubiertos	77
	Sección A1 Durante las emergencias de salud pública.....	78
Sección B	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios.....	78
Sección C	Información sobre la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan.....	78
Sección D	La Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan.....	82
Sección E	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	159
	Sección E1 Cuidados paliativos.....	159
Sección F	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni Turquoise Care Plan	160



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Sus servicios cubiertos

Este capítulo le explica los servicios que le cubre nuestro plan como miembro de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP). También puede saber qué servicios no están cubiertos. En el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos.

Dado que usted recibe ayuda de Turquoise Care Plan, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Para obtener información detallada sobre las reglas del plan, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página.

Período de Gracia

Si usted es un miembro que tiene los beneficios completos de Medicaid y pierde su categoría de participación en Medicaid, le proporcionaremos un período de gracia de 6 meses mientras vuelve a solicitar la asistencia. Seguirá inscrito en nuestro plan durante ese lapso.

Durante el período de gracia, si visita a su proveedor, tendrá gastos de su bolsillo que su plan de Medicare no cubrirá. Usted será responsable de esos costos hasta que recupere su categoría de participación en Medicaid. Los gastos de su bolsillo pueden incluir los deducibles, los copagos y los coseguros del plan de Medicare, hasta alcanzar las cantidades indicadas por Medicare Original, que se pueden encontrar en [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov).

Además, usted tendrá que pagar la prima del plan que previamente cubría el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud del District of Columbia. Siempre seguirá siendo responsable de la prima de la Parte B, a menos que esta cantidad se pague en nombre de usted. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página para obtener información adicional relacionada con los gastos de su bolsillo durante el período de gracia.

Guarde copias de sus facturas y recibos de cualquier cuidado que reciba durante el período de gracia. Además, guarde una copia de las cartas u otra documentación que compruebe que usted dejó de cumplir los requisitos de Turquoise Care Plan para que podamos verificar si cumple los requisitos del período de gracia.

Si no recupera los requisitos de participación de Medicaid durante el período de gracia, se cancelará su inscripción en nuestro plan y volverá a Medicare Original si cumple los requisitos de Medicare Original. Si no cumple los requisitos para recibir los beneficios de Medicare, debe preguntar a la agencia de Asistencia Médica Estatal si hay algún otro programa público disponible para usted. Si recibe un aviso de que su cobertura de Medicaid ha vencido, comuníquese con la oficina de Medicaid lo antes posible para volver a solicitar la ayuda. El número de teléfono de su



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Agencia de Turquoise Care Plan es el **1-800-283-4465**. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente de UnitedHealthcare al número que aparece al final de esta página.

Sección A1 Durante las emergencias de salud pública

Durante una emergencia de salud pública declarada (p. ej., la pandemia de COVID-19), si usted recibe servicios médicamente necesarios de un proveedor fuera de la red en cualquier momento durante la emergencia de salud pública, llámenos para que le ayudemos a obtener el reembolso de cualquier gasto de su bolsillo en el que podría haber incurrido. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece al final de esta página para obtener más información.

Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente.

Sección C Información sobre la Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan

La Tabla de Beneficios Médicos describe los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios Médicos cuando se cumplen las siguientes reglas.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y por Turquoise Care Plan según las reglas establecidas por Medicare y por Turquoise Care Plan.
- Los servicios (incluido el cuidado médico, los servicios de salud del comportamiento y para el consumo de sustancias, los apoyos y servicios a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Para los nuevos miembros, su plan de cuidado coordinado Medicare Advantage debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage puede no requerir preautorización para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado de la salud que proporciona y administra su cuidado.
- Algunos de los servicios indicados en la tabla de beneficios médicos están cubiertos como servicios dentro de la red solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preaprobación (a veces llamada “preautorización”):
 - Los servicios cubiertos que podrían necesitar una preaprobación para estar cubiertos como servicios dentro de la red están marcados con dos cruces (††) en la tabla de beneficios médicos.
 - Los proveedores de la red acuerdan por contrato obtener la preautorización del plan y no facturarle el saldo a usted.
 - Usted nunca necesita una preaprobación para recibir servicios fuera de la red de proveedores fuera de la red.
 - Aunque usted no necesita una preaprobación para recibir servicios fuera de la red, usted o su médico pueden pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por adelantado.
 - Si su plan de cuidado coordinado aprueba una solicitud de preautorización para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en el cuidado según los criterios de cobertura correspondientes, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Para los beneficios en los que su costo compartido sea un porcentaje de coseguro, lo que usted paga depende del tipo de proveedor del cual reciba los servicios:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare correspondiente a los proveedores no participantes.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Usted tiene cobertura tanto de Medicare como de Medicaid. Medicare cubre cuidado de la salud y medicamentos con receta. Medicaid cubre su costo compartido por los servicios de Medicare. Medicaid también cubre servicios que Medicare no cubre, como cuidado a largo plazo y servicios a domicilio y en la comunidad.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. (Si usted desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte su manual Medicare Y Usted 2025. Véalo por Internet en **es.medicare.gov** o pida una copia 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**.)
- También cubrimos sin costo para usted todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Medicare Original cuando usa un proveedor de la red. Sin embargo, si durante la visita en la que recibe el servicio preventivo a usted también le tratan o controlan por una enfermedad existente, se aplicará un copago por el cuidado recibido en relación con la enfermedad existente. Consulte la tabla de beneficios médicos para obtener información sobre su parte de los costos fuera de la red por estos servicios.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier nuevo servicio durante el 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra en el período de 6 meses del plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios cubiertos por Medicare del plan Medicare Advantage que correspondan. Sin embargo, durante este período, no seguiremos cubriendo los beneficios de Medicaid que estén incluidos en el Plan Estatal de Medicaid, ni pagaremos las primas de Medicare ni los costos compartidos que fueran pagaderos por el estado.
- Medicare aprobó proporcionar estos beneficios o copagos o coseguros más bajos como parte del programa Diseño de Seguros Basados en Valores. Este programa le permite a Medicare probar nuevas maneras de mejorar los planes Medicare Advantage.

Información Importante sobre Beneficios para todos los Miembros que Participan en Servicios de Planificación del Cuidado de la Salud y Bienestar (WHP)

- Dado que UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) participa en el programa de Reducción del Costo Compartido de Medicamentos con Receta o Crédito para alimentos, productos de Venta Sin Receta (OTC) y facturas de servicios públicos, usted cumplirá los requisitos para los siguientes servicios de Planificación del Cuidado de la Salud y Bienestar (Wellness and Health Care Planning, WHP), incluidos los servicios de planificación del cuidado por anticipado (advance care planning, ACP):

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

– ¿Qué son los servicios de planificación del cuidado por anticipado?

- En ocasiones, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a indicar lo que desea que se haga si se encontrara en esta situación. Esto significa que, **si lo desea**, puede:
 - Llenar un formulario por escrito para dar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
 - **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo de su cuidado médico si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo.
 - Para recibir asistencia con la planificación del cuidado por anticipado, puede comunicarse con Servicio al Cliente (los números de teléfono aparecen en la portada de esta guía).

Información importante sobre beneficios para miembros que califican para el programa Ayuda Adicional

- Si usted recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros, es posible que cumpla los requisitos para recibir otros beneficios complementarios específicos o costos compartidos reducidos específicos.
- Consulte la fila Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos de la tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener información más detallada.
- Los miembros califican para la eliminación de su costo compartido por los medicamentos de la Parte D. Para obtener información más detallada, consulte el Capítulo 5.

La mayoría  todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana  junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.

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



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección D La Tabla de Beneficios Médicos de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por este examen preventivo para los miembros que cumplen los requisitos. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por este examen preventivo para los miembros que cumplen los requisitos. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Acupuntura Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como: • persistente por 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora. Requisitos para Proveedores: Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (PA), las enfermeras especialistas (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la Sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) según si recibe los servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista.^{††} Fuera de la Red Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) según si recibe los servicios de un médico de cuidado primario o de un especialista.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Acupuntura (continuación) • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. • El beneficio no está cubierto cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica requerido por nuestras normas en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).	
 Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol Pagamos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol, incluidas las mujeres embarazadas. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado en un centro de cuidado primario.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de ambulancia	\$0 de copago por cada viaje en transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare (dentro de la red). \$0 de copago o 20% del costo total por cada viaje en transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare (fuera de la red). \$0 de copago por cada viaje en transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare (dentro de la red). \$0 de copago o 20% del costo total por cada viaje en transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare (fuera de la red). Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Todos los viajes cubiertos por Medicare (dentro o fuera de la red) se tomarán en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. <i>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.</i>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Examen médico de rutina anual Incluye un examen médico completo y la evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos. No es necesario que las visitas para realizar el examen médico de rutina anual se programen con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una visita dentro o fuera de la red por cada año calendario.	Dentro de la Red \$0 de copago por un examen médico de rutina cada año. Fuera de la Red 30% de coseguro por un examen médico de rutina cada año. * Es posible que se aplique un copago o coseguro si usted recibe servicios que no son parte del examen médico o de la visita de bienestar anual.
 Visita de bienestar anual Usted puede recibir un examen médico anual. En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta visita una vez cada 12 meses. Esta visita está cubierta una vez cada 12 meses. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en un plazo de 12 meses después de su visita Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para realizar visitas de bienestar anuales.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual. Es posible que se aplique un copago o coseguro si usted recibe servicios que no son parte del examen médico o de la visita de bienestar anual. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por la visita de bienestar anual. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Medición de masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos la interpretación de los resultados por parte de un médico.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por la medición de masa ósea cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.
 Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por las mamografías de detección. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la indicación de un médico. También cubrimos programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.
 Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca) Pagamos una visita al año o más si son médicamente necesarias con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede: • Analizar el uso de aspirina, • Controlarle la presión arterial, o • Darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por el beneficio preventivo para enfermedades cardiovasculares. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada cinco años. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que tienen cobertura una vez cada cinco años. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.
 Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Pagamos los siguientes servicios: • Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres que están en alto riesgo de cáncer del cuello uterino o de la vagina: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • Para las mujeres que han tenido un resultado anormal de una prueba de Papanicolau en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • Para mujeres asintomáticas entre los 30 y 65 años: una prueba de detección del virus del papiloma humano (HPV) cada 5 años, junto con la prueba de Papanicolau	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por las pruebas de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna vertebral están fuera de posición). La manipulación manual es un tratamiento en el que se aplica presión con las manos para mover suavemente las articulaciones y los tejidos. Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare, incluso: • Terapia de mantenimiento. El tratamiento quiropráctico se considera terapia de mantenimiento cuando ya no se prevé que el cuidado continuo ofrezca mejoras clínicas y el tratamiento deja de ser correctivo y sirve solamente de apoyo. • Cargos adicionales cuando su quiropráctico usa un dispositivo manual para agregar presión controlada durante el tratamiento. • Radiografías, terapia de masaje y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento del dolor lumbar crónico).	Dentro de la Red \$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de cáncer colorrectal Para las personas mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser una colonoscopia de diagnóstico como paciente ambulatorio. No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser una colonoscopia de diagnóstico como paciente ambulatorio. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada enema de bario cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

Este beneficio continúa en la página siguiente

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.	
Colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios	\$0 de copago o 30% de coseguro por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales Pagamos los siguientes servicios: • Servicios preventivos/exámenes dentales generales • Extracciones y servicios quirúrgicos • Cuidado de emergencia • Empastes dentales • Rebase o reemplazo de base de una dentadura postiza extraíble: se limita a dos (2) cada cinco (5) años, a menos que haya una preautorización • Estudio radiográfico completo, serie completa de radiografías o radiografía panorámica de la boca: se limita a una vez cada tres años; los servicios adicionales requieren una preautorización • Desbridamiento de la boca completa • Profilaxis bucal, se limita a una vez cada seis meses • Series de radiografías de aleta de mordida • Tratamiento paliativo • Aplicación de sellador • Dentaduras postizas parciales y completas extraíbles • Tratamiento de conducto radicular • Raspado subgingival y alisado radicular • Extracción de dientes impactados • Colocación inicial o reemplazo de una prótesis extraíble, una por cada arco cada cinco (5) años por beneficiario, excepto en caso de pérdida, robo o daño de la prótesis, o que esta no se pueda modificar • Una prótesis parcial extraíble • Implantes dentales, requieren una autorización Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales (continuación) Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.	
 Evaluación de depresión Pagamos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para una evaluación de depresión anual. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por una visita para una evaluación de depresión anual. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Pruebas de detección de la diabetes Pagamos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes. Usted puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina): • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia), incluidos los siguientes: – Medidores continuos de glucosa – Medidores de glucosa en la sangre – Tiras para medir la glucosa en la sangre – Lanceteros y lancetas – Soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, pagamos lo siguiente: – Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas), así como el ajuste y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario,  – Un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por cada año (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en ciertos casos. Se limita a 20 visitas de 30 minutos por cada año por un máximo de 10 horas el año inicial. Para los años subsiguientes de capacitación de seguimiento, se limita a 4 visitas de 30 minutos por un máximo de 2 horas por cada año.	Dentro de la Red \$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare.^{††} Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. Usted paga \$0 por el beneficio preventivo de capacitación para el automanejo de la diabetes. Usted paga \$0 por Medidores Continuos de Glucosa o suministros cubiertos por Medicare según las pautas de Medicare. No hay limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa.^{††} Usted paga \$0 por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare.^{††} Usted paga \$0 por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.^{††}

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) cubre los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa que se especifican en esta lista. Generalmente no cubriremos marcas alternativas, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si usted es nuevo en nuestro plan y está usando una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa en la sangre que no aparece en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros en los primeros 90 días a partir de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa mientras consulta a su médico u otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas es médicamente apropiada para usted. Si usted o su médico creen que es médicamente necesario que usted siga usando una marca alternativa, puede solicitar una excepción de cobertura para que mantengamos la cobertura de un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no se aprueba la excepción de cobertura, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales del año de beneficios. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto apropiado para su enfermedad. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]).	Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada medidor continuo de glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare según las pautas de Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados En el Capítulo 12 de su Guía para Miembros, puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero (DME)” así como en el Capítulo 3 de este documento. Cubrimos los siguientes artículos: • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones motorizados • Suministros para la diabetes • Camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio • Bombas de infusión intravenosa (IV) y portasueros • Dispositivos para la generación del habla • Equipo de oxígeno y suministros • Nebulizadores • Andadores Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red \$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.^{††} Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 de copago cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos.^{††} Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es de \$0 de copago.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare. Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 de copago o 30% de coseguro cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos. Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es de \$0 de copago o 30% de coseguro.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Pagamos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y Medicaid. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted. La lista más reciente de distribuidores está disponible en nuestro sitio web en MyUHC.com/CommunityPlan.	Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de emergencia	\$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias.
Cuidado de emergencia significa servicios que son:	Si recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su problema de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe recibir una autorización para quedarse en el hospital fuera de la red o trasladarse a un hospital de la red, a fin de pagar el costo compartido dentro de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice. Si se queda en el hospital fuera de la red, su estadía estará cubierta, pero usted pagará el costo compartido fuera de la red por la parte de su estadía después de que se estabilice.
• Prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, y • Necesarios para tratar una emergencia médica.	\$0 de copago por la cobertura mundial de servicios para emergencias recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección A del Capítulo 8 .
Una emergencia médica es una enfermedad con dolor grave o una lesión grave. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:	
• Un riesgo grave para su salud o la de su feto; o • Un daño grave en las funciones corporales; o • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.	
Cobertura mundial para servicios prestados en departamentos de emergencias fuera de los Estados Unidos.	
• Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. • Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. • Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para la planificación familiar	
La ley le permite elegir cualquier proveedor – ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red – para recibir ciertos servicios para la planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen y tratamiento médico para la planificación familiar • análisis de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar (incluidas las pruebas de embarazo) • métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos [AIU]/dispositivos intrauterinos [DIU], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche, anillo o anticonceptivos de emergencia) • suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, lámina, diafragma, capuchón) • asesoramiento general • asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados • asesoramiento, pruebas de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) (incluidas las vacunas contra el virus del papiloma humano) • asesoramiento y pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y de otras enfermedades relacionadas con el VIH • anticonceptivos permanentes (Usted debe ser mayor de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía.) • asesoramiento genético	
Este beneficio continúa en la página siguiente	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para la planificación familiar (continuación) También pagamos algunos otros servicios para la planificación familiar. Sin embargo, usted debe usar un proveedor dentro de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: • tratamiento para enfermedades que causan infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada.) • tratamiento del SIDA y de otras enfermedades relacionadas con el VIH • pruebas genéticas	
Programa de acondicionamiento físico Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: • Una membresía gratuita en un gimnasio • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet • Actividades en Internet para el mantenimiento de la memoria Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	\$0 de copago Si usted vive a 15 millas o más de un gimnasio o centro de acondicionamiento físico de la red, tiene disponible un kit para hacer ejercicios con entrega a domicilio. El beneficio de acondicionamiento físico varía según el plan o el área, y es posible que no esté disponible en todos los planes. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico. La información proporcionada es para su conocimiento solamente y no sustituye consejo médico. 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. La red de gimnasios puede variar en el mercado local y el plan.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Examen de audición de rutina Este beneficio cubre un examen cada año. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Servicios para la audición Pagamos los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado. Aparatos auditivos A través de UnitedHealthcare Hearing, usted puede elegir entre una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y con receta. Esto incluye los fabricantes de dispositivos de marca, así como Relate®, la marca propia de UnitedHealthcare Hearing que ofrece aparatos auditivos económicos y de alta calidad con una variedad de opciones de tecnología y características útiles. Los aparatos auditivos se pueden ajustar en persona con un proveedor de la red o se le pueden entregar directamente a usted (solo productos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada año. Hay accesorios, baterías adicionales y servicios opcionales para aparatos auditivos disponibles para comprar, pero no están cubiertos por el plan. Para acceder a su beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red, debe comunicarse con UnitedHealthcare Hearing al 1-877-704-3384, TTY 711, o visitar UHChearing.com/Medicare.	Dentro de la Red \$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Proveedor: UnitedHealthcare Hearing 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. La asignación para aparatos auditivos es de \$3,200 Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar tarifas adicionales por las visitas de seguimiento opcionales. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solo productos selectos). Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • Piden una prueba de detección del VIH, o • Están en mayor riesgo de infección por el VIH. Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por la prueba de detección del VIH preventiva cubierta por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio Antes de que usted pueda recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe decirnos que usted los necesita, y los debe prestar una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (Para que estén cubiertos conforme al beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por cada día y de 35 horas por cada semana.) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos	Dentro de la Red \$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare.^{††} Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados para ver los copagos o coseguros correspondientes). Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare. Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (Consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados para ver los copagos o coseguros correspondientes). Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión a domicilio	Dentro de la Red
Nuestro plan paga la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente: • El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • Un equipo, como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado; • Capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de equipo médico duradero; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio.	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a la asistencia médica a domicilio (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”) según el lugar en que recibió los servicios de monitoreo o de administración.^{††} Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio.^{††} Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio.^{††}
Este beneficio continúa en la página siguiente	Fuera de la Red
	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a la asistencia médica a domicilio (según lo descrito en “Servicios de

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión a domicilio (continuación)	un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”) según el lugar en que recibió los servicios de monitoreo o de administración. Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio. Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio.
Cuidados paliativos Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Nuestro plan debe ayudarlo a buscar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Este beneficio continúa en la página siguiente	Cuando se inscribe en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP).

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados paliativos (continuación) Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio Por servicios para cuidados paliativos y por servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal: Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos sus servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras usted esté en el programa de centros de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. A usted se le facturará el costo compartido de Medicare Original. Por servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal: Si usted necesita servicios que no son de emergencia ni requeridos de urgencia, que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por esos servicios depende de que usted use o no un proveedor dentro de la red de nuestro plan y siga las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere obtener una preautorización): • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solamente paga el costo compartido del plan por servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido del plan por servicios fuera de la red Este beneficio continúa en la página siguiente	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados paliativos (continuación) Por servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 (Qué sucede si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare) del Capítulo 5. Nota: Si usted necesita cuidados que no son paliativos, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Si recibe cuidado que no son cuidados paliativos a través de proveedores de nuestra red, su parte de los costos por los servicios será más baja. Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos (por única vez) para miembros que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Vacunas Pagamos los siguientes servicios: • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B o la COVID-19. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado. Pagamos los siguientes servicios y otros medicamentos necesarios que no se encuentran aquí: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • Medicamentos y principios activos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido.^{††} Si recibe cuidado como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su problema de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Un traslado a otro tipo de centro (por ejemplo, un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted tiene cobertura por un número ilimitado de días siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta según las reglas del plan.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es diferente de la red que se encuentra en la sección “Hospitales” de su Directorio de Proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están dentro de la red del plan de servicios para trasplantes. Para obtener información sobre los centros de la red que prestan servicios para trasplantes, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al 1-866-393-0208, TTY 711. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que su caso sea revisado por un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros proveedores de trasplantes dentro de la red se encuentran fuera de su comunidad, usted puede decidir recibir servicios localmente siempre y cuando los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare Original. Si UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad y usted decide recibir trasplantes en ese sitio distante, haremos los arreglos necesarios o pagaremos los costos de alojamiento y transporte apropiados para usted y un acompañante. Mientras usted esté recibiendo cuidado en el sitio distante, también reembolsaremos los costos del transporte desde y hacia el hospital o el consultorio médico para evaluaciones, servicios para trasplantes y cuidado médico de seguimiento. (El transporte en el sitio distante incluye, entre otros: millaje de vehículos, tarifa aérea en clase Este beneficio continúa en la página siguiente	Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días cada vez que usted es admitido. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Un traslado a otro tipo de centro (por ejemplo, un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted tiene cobertura por un número ilimitado de días siempre y cuando la estadía en el hospital esté cubierta según las reglas del plan.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) económica, tarifas de taxis o servicios de viajes compartidos.) También es posible que estén cubiertos los costos de alojamiento o los lugares para quedarse, como hoteles, moteles o viviendas temporales como resultado del viaje para recibir un trasplante de órganos cubierto. Usted puede recibir un reembolso de gastos aprobados de hasta \$125 por cada día en total. Los servicios de transporte no están sujetos al límite diario. • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que usted necesita. • Servicios de un médico Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “Medicare y sus Beneficios de Hospital” debajo de “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital?”. Esta publicación está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11408-S-Medicare-Your-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico	Dentro de la Red
Pagamos los servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general.	\$0 de copago, hasta 90 días por cada período de beneficios, más 60 días adicionales de reserva de por vida.^{††}
• Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.)
Este beneficio continúa en la página siguiente	Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.
	Fuera de la Red
	\$0 de copago o 30% de coseguro por el cuidado hospitalario cubierto por Medicare cada vez que usted es admitido, hasta 90 días por cada período de beneficios. Más 60 días adicionales de reserva de por vida.
	Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico (continuación)	Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si usted usó todo su beneficio de hospitalización o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que el cuidado como paciente hospitalizado no está cubierto, es posible que paguemos los servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o en un centro de enfermería. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Servicios de médicos • Pruebas de diagnóstico, como los análisis de laboratorio • Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • Prótesis y ortesis, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan de manera total o parcial: – Un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o – La función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal. • Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su estado de salud. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	Cuando su estadía deja de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación la sección Servicios de un médico/ profesional, incluidas las visitas al consultorio médico. Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación la sección Prótesis y ortesis, y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3 de su Guía para Miembros, o cuando su proveedor para este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua. Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	Dentro de la Red \$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. \$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.^{††} Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones: Consulte la sección Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados. Consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados. Consulte la sección Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio. Fuera de la Red \$0 de copago o 20% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare. \$0 de copago o 30% de coseguro por beneficios cubiertos por Medicare. Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones: Consulte la sección Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados. Consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados. Consulte la sección Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de cáncer de pulmón Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • Tiene entre 50 y 77 años, y • Realiza una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años Después del primer examen de detección, nuestro plan paga otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, ni por la tomografía computarizada de baja dosis que estén cubiertas por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, o por la tomografía computarizada de baja dosis que estén cubiertas por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.
Beneficio de comidas Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) o en el hospital como paciente hospitalizado, si así lo recomienda un proveedor. Pautas del beneficio: • Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante 14 días como máximo • La primera entrega de comida puede llevar hasta 72 horas después de haber realizado el pedido • Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones	Proveedor: Mom's Meals® \$0 de copago Se requiere una preautorización. El programa de entrega de comida a domicilio está disponible en todo el país a través de Mom's Meals®.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Terapia de nutrición clínica Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año en el que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare (esto incluye a nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original). Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la indicación cada año si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.
 Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en: • Cambio dietario a largo plazo, y • Mayor actividad física, y • Estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • Medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que nuestro plan autorizó • El medicamento contra la enfermedad de Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV). • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunodepresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento	Dentro de la Red \$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y la administración de dicho medicamento.^{††} \$0 de copago por cada medicamento cubierto por la Parte B de Medicare.^{††} Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos.
Este beneficio continúa en la página siguiente	

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se convierte en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo no mayor de 48 horas después de la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos conforme al sistema de pago para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente necesario) y los anestésicos tópicos Este beneficio continúa en la página siguiente	Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y la administración de dicho medicamento. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada medicamento cubierto por la Parte B de Medicare.^{††} Además, por la administración de ese medicamento, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación) • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras enfermedades • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de su Guía para Miembros explica nuestro beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. El Capítulo 6 de su Guía para Miembros explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.	
Cuidado en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red \$0 de copago por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, hasta 100 días.^{††} Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería (continuación) • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.) • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Análisis de laboratorio que generalmente se realizan en los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que generalmente se realizan en los centros de enfermería • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Servicios de un médico/profesional • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • Beneficios de servicios para la vista • Exámenes de audición • Cuidado quiropráctico • Servicios de podiatría Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan: • Un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital. Este beneficio continúa en la página siguiente	Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada estadía en un centro de enfermería cubierta por Medicare, hasta 100 días. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería, según las pautas de Medicare.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería (continuación) Conforme al Plan de Beneficios Alternativos (ABP) de Medicaid, el cuidado en un centro de enfermería no está cubierto, excepto como un nivel de cuidado de terapia intermedia de un hospital antes de usted sea dado de alta a su domicilio cuando los servicios de enfermería especializada a corto plazo son médicamente necesarios. Conforme a la cobertura estándar de Medicaid, el cuidado en un centro de enfermería está cubierto cuando se cumplen los requisitos para acceder a estos servicios, incluidos los criterios del nivel de cuidado en un centro de enfermería (NF LOC).	
 Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD): • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos que estén aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos • Suministro y administración de los medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde) • Asesoramiento relacionado con los trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0 de copago por servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare.^{††}

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagamos los siguientes servicios y otros medicamentos necesarios que no se encuentran aquí: • Radiografías • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones Nota: No hay ningún cargo aparte por los suministros médicos que se usan de rutina en el transcurso de una visita al consultorio y que se incluyen en los cargos del proveedor por esa visita (como vendajes, hisopos de algodón y otros suministros de rutina.) Sin embargo, los suministros por los que los proveedores cobran un cargo aparte correspondiente (por ejemplo, agentes químicos usados en ciertos procedimientos de diagnóstico) están sujetos a los costos compartidos que se indican. • Análisis de laboratorio • Sangre, incluso su almacenamiento y administración (esto significa la preparación y el manejo de la sangre). La cobertura de la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que usted necesite — usted debe pagar las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o autodonarse la sangre o pedirle a alguien que se la done. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada. Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red \$0 de copago por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada suministro médico cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.^{††} \$0 de copago por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare.^{††} \$0 de copago por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare.^{††} Los ejemplos incluyen, entre otros: electrocardiogramas, pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo. \$0 de copago por los servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, cubiertos por Medicare que sean prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica).^{††}

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación) • Además, por la administración de infusión de sangre, usted pagará el costo compartido según se describe en las siguientes secciones de esta tabla, según el lugar en que recibió los servicios de infusión: – Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico – Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios – Servicios de diagnóstico no radiológicos – Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica). • Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Los ejemplos incluyen, entre otros: tomografías especializadas, tomografías computarizadas (CT), tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT), tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario). Este beneficio continúa en la página siguiente	Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Los ejemplos incluyen, entre otros: tomografías especializadas, tomografías computarizadas, tomografías computarizadas por emisión monofotónica, tomografías por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética, estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario). Fuera de la Red \$0 de copago o 30% por cada servicio de radiografía estándar cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% por cada servicio de radioterapia cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	\$0 de copago o 30% por cada suministro médico cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago por los servicios de laboratorio cubiertos por Medicare. \$0 de copago o 30% por los servicios relacionados con la sangre cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% por los servicios de diagnóstico no radiológicos cubiertos por Medicare. Los ejemplos incluyen, entre otros: electrocardiogramas, pruebas de la función respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago por los servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, cubiertos por Medicare que sean prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica).
Este beneficio continúa en la página siguiente	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)	Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Los ejemplos incluyen, entre otros: tomografías especializadas, tomografías computarizadas, tomografías computarizadas por emisión monofotónica, tomografías por emisión de positrones, imágenes por resonancia magnética, angiografías por resonancia magnética, estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).
Este beneficio continúa en la página siguiente	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que estén cubiertos, los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley de concesión de licencias del estado y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “Medicare y sus Beneficios de Hospital” debajo de “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital?”. Esta publicación está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11408-S-Medicare-Your-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben 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.	El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios – Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. – A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. – Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa: https://www.medicare.gov/publications/11408-S-Medicare-Your-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos Este beneficio continúa en la página siguiente	Consulte la sección Cuidado de Emergencia. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte los beneficios precedidos por el ícono de la “manzana”. Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. Consulte la sección Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico. Consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) • Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios Médicos • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo • Servicios prestados en una clínica para pacientes ambulatorios • Observación o cirugía para pacientes ambulatorios • Terapia de infusión para pacientes ambulatorios	Consulte la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare y la sección Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico o la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. El costo compartido de la observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de salud mental prestados por: • Un psiquiatra o un médico con licencia del estado • Un psicólogo clínico • Un trabajador social clínico • Un especialista en enfermería clínica • Un asesor profesional con licencia (LPC) • Un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • Una enfermera especialista (NP) • Un asistente médico (PA) • Cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes Además, están cubiertos los servicios profesionales de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios, incluidos los siguientes: • Exámenes • Pruebas • Evaluación • Medicamentos • Manejo, y • Terapia	Dentro de la Red \$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros. Conforme al Plan de Beneficios Alternativos (ABP) de Medicaid, estos servicios están cubiertos con las siguientes limitaciones: • La terapia a corto plazo se limita a dos meses consecutivos por cada enfermedad. • Las terapias a largo plazo no están cubiertas. Conforme a la cobertura estándar de Medicaid (para personas mayores de 19 años), los servicios de rehabilitación están cubiertos. No hay límite en la duración de la terapia siempre y cuando se cumpla el requisito de necesidad médica. Los servicios de habilitación no están cubiertos.	Dentro de la Red \$0 de copago por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol • Tratamiento del abuso de drogas • Terapia individual o de grupo a cargo de un profesional clínico calificado • Desintoxicación de casos subagudos en un programa residencial para adicciones • Servicios para la adicción al alcohol o a las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada • Profesionales Clínicos y Otros Profesionales con Licencia (OLP) • Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios están cubiertos por el Departamento de Salud del Comportamiento (DBH)	Dentro de la Red \$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.^{††} \$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.	Dentro de la Red \$0 de copago por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por una cirugía cubierta por Medicare u otros servicios que se le presten en un centro de cirugía ambulatoria, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.
Medicamentos Sin Receta (OTC) según nuestro formulario • Medicamentos con receta y sin receta selectos que se encuentren en la Lista de Medicamentos de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) y no estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare.	Con cobertura de Medicaid

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su UCard de UnitedHealthcare cada mes para comprar artículos de venta sin receta cubiertos. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes. Los artículos cubiertos incluyen productos genéricos y de marca de venta sin receta, como vitaminas, analgésicos, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y productos de primeros auxilios. El crédito no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol. Dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño Usted también puede usar su crédito para productos de venta sin receta en dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño que tengan cobertura, como alfombras de baño, barras de sujeción y sillas para la ducha. Alimentos saludables y facturas de servicios públicos — Modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores (VBID) Si usted califica, un crédito para alimentos saludables y facturas de servicios públicos cubiertos se combinará con su crédito para productos de venta sin receta que vence mensualmente. Sus requisitos de participación para obtener el crédito para alimentos saludables se determinan después de que se inscriba en este plan. Usted cumple los requisitos para este beneficio si recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguros. Los artículos cubiertos incluyen: • Alimentos saludables como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más. • Facturas de servicios públicos aprobadas, como de electricidad, calefacción del hogar (p. ej., gas natural), Este beneficio continúa en la página siguiente	El crédito mensual es de \$200 Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta Los alimentos con envío a domicilio, los productos de venta sin receta y los dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño están disponibles en todo el país.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Alimentos saludables y facturas de servicios públicos — Modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores (VBID) (continuación) agua e Internet doméstico. La dirección de los servicios debe coincidir con una dirección suya que tengamos registrada. Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet. El envío a domicilio es gratuito y hay un mínimo de \$35 para realizar un pedido. Además, usted puede usar su crédito para pagar las facturas de servicios públicos aprobadas de compañías de la red por Internet o en el mostrador de MoneyCenter o de Servicio al Cliente de su Walmart local. Visite el UCard Hub en MyUHC.com/CommunityPlan para buscar tiendas participantes, consultar su saldo, realizar un pedido por Internet o pagar facturas de servicios públicos.	
Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario; es más intenso que el cuidado que se recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o asesor profesional con licencia. Puede ayudarlo a no tener que quedarse en el hospital. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural; es más intenso que el cuidado recibido en el consultorio de su médico o terapeuta, pero menos intenso que la hospitalización parcial.	Dentro de la Red \$0 de copago cada día por beneficios cubiertos por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro cada día por beneficios cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico	Dentro de la Red
Pagamos los siguientes servicios: • Servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como: – El consultorio de un médico – Un centro de cirugía ambulatoria certificado – El departamento para pacientes ambulatorios de un hospital – Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista – Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento • Visitas adicionales de telesalud para la Salud Mental: – Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales de salud mental – Las Visitas Virtuales de Salud Mental son visitas de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Visite liveandworkwell.com/content/es/member/benefits/virtual-visits.html si desea más información y programar una cita virtual. – Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud.	\$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un médico de cuidado primario (según lo permita Medicare). Consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” anteriormente en esta tabla para ver los copagos o coseguros correspondientes a las visitas a un centro de cirugía ambulatoria o a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. \$0 de copago por los servicios prestados por un especialista o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un especialista (según lo permita Medicare).^{††} \$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††}
Este beneficio continúa en la página siguiente	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un especialista (según lo descrito anteriormente en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”).^{††}
– Las Visitas Virtuales Médicas son visitas médicas que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de la red que usan tecnología apropiada por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo para realizar la visita. – No todas las enfermedades se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. – Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para miembros en ciertas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare. – Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio – Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral – Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que reciba los servicios.^{††} \$0 de copago por los servicios de un proveedor de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, los servicios de una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico.^{††} \$0 de copago por los servicios de un médico especialista.^{††}
Este beneficio continúa en la página siguiente	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: – usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud – realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal. • Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (OT), fisioterapeutas (PT), patólogos del habla y del lenguaje (SLP) y audiólogos calificados • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si: – usted no es un paciente nuevo y – la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible Este beneficio continúa en la página siguiente	Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por los servicios prestados por un médico de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un médico de cuidado primario (según lo permita Medicare). Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Consulte “Cirugía para pacientes ambulatorios” anteriormente en esta tabla para ver los copagos o coseguros correspondientes a las visitas a un centro de cirugía ambulatoria o a un centro hospitalario para pacientes ambulatorios. \$0 de copago o 30% de coseguro por los servicios prestados por un especialista o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un especialista (según lo permita Medicare).

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Evaluación de videos o imágenes que usted envió a su médico, e interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: – usted no es un paciente nuevo y – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: – cirugía de la mandíbula o las estructuras relacionadas – reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales – extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral – servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico • Los servicios dentales prestados por un dentista en relación con el cuidado, el tratamiento, el empaste dental, la extracción o el reemplazo de dientes o de las estructuras que sostienen directamente los dientes no son beneficios cubiertos por Medicare y no están cubiertos por este beneficio. • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista Este beneficio continúa en la página siguiente	Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Usted pagará el costo compartido que se aplica a una visita al consultorio cubierta por Medicare. Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que reciba los servicios. Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (tal como se aplica en un consultorio, según lo descrito anteriormente en esta sección de la tabla de beneficios) según el tipo de médico que preste los servicios.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Servicios de monitoreo remoto cubiertos por Medicare • Servicios de control en el consultorio de un médico o un centro hospitalario para pacientes ambulatorios si usted está tomando anticoagulantes, por ejemplo, Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les puede llamar servicios de la “Clínica de Coumadin”) • Servicios médicos o quirúrgicos médicamente necesarios que son beneficios cubiertos y son prestados por un médico en su domicilio o en un asilo de convalecencia en el que usted vive • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: – Visitas Virtuales Médicas Adicionales: – Servicios Requeridos de Urgencia – Proveedor de Cuidado Primario – Especialista – Otros Profesionales de Cuidado de la Salud • Otros tipos de Visitas Virtuales Médicas: – Servicios de Rehabilitación Cardíaca – Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva – Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios – Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje Tenga en cuenta que 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 UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos) • Cuidado de los pies de rutina para miembros con enfermedades que afectan a las piernas, como la diabetes	Dentro de la Red \$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio.^{††} Para obtener información sobre los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, como cirugía, consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio.^{††} Para obtener información sobre los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, como cirugía, consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de Podiatría (Cuidado de los Pies de Rutina Adicional) Cubrimos 4 visitas de cuidado de los pies de rutina dentro y fuera de la red cada año. Este beneficio es adicional al beneficio de servicios de podiatría cubierto por Medicare indicado anteriormente. Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, por ejemplo, el corte o la extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas.	Dentro de la Red \$0 de copago por cada visita de rutina. Fuera de la Red 30% de coseguro por cada visita de rutina. *

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • Un tacto rectal • Una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por cada tacto rectal cubierto por Medicare. No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de antígeno prostático específico. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada tacto rectal cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por una prueba anual de antígeno prostático específico. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Las pruebas de diagnóstico de antígeno prostático específico están sujetas al costo compartido según se describe en la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios en esta tabla.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Prótesis y ortesis y suministros relacionados Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluyen, entre otros: • Prueba, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y ortesis • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Abrazaderas ortopédicas • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con las prótesis y ortesis. También pagamos la reparación o el reemplazo de las prótesis y ortesis. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte la sección “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla.	Dentro de la Red \$0 de copago por cada ortesis o prótesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos, y los suministros relacionados.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% por cada ortesis o prótesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos, y los suministros relacionados. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. Usted debe tener una indicación para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC.	Dentro de la Red \$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.
 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones se deben realizar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluso su almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos comienza a partir de la primera pinta de sangre que usted necesite. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta usada. • Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería • Análisis de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios de radiología que se realizan en los centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Servicios de un médico/proveedor No se requieren 3 días de estadía previa en el hospital. Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan: Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red \$0 de copago por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, hasta 100 días.^{††} Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada estadía en un centro de enfermería especializada cubierta por Medicare, hasta 100 días.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) • un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital	Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Tratamiento del tabaquismo Si usted usa tabaco, no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco, y desea o necesita dejarlo: • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar el tabaco incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento en persona. Si usted usa tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco: • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por los beneficios preventivos de tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de ejercicios supervisada (SET) Pagamos la terapia de ejercicios supervisada para miembros con arteriopatía periférica (PAD) sintomática. Nuestro plan paga: • Hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisada • Unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias El programa de terapia de ejercicios supervisada debe: • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación) • Ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado	Dentro de la Red \$0 de copago por cada visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare.^{††} Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por la visita de terapia de ejercicios supervisada (SET) cubierta por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Transporte de rutina • Hasta 60 viajes en una sola dirección, combinados dentro y fuera de la red, tienen cobertura cada año (limitados únicamente a transporte terrestre). • Usted es responsable de cualquier costo que se exceda el límite de viajes tanto dentro como fuera de la red. • Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como proveedores, centros médicos, farmacias, gimnasios, tiendas de comestibles o citas relacionadas con la vista y la audición de la red. • Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 100 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. • Los servicios de transporte se deben solicitar 3 días hábiles antes de una cita de rutina programada. • En algunos viajes, es posible que usted tenga que compartir el vehículo con otros clientes del transporte. • Los viajes son de acera a acera. • Hay camionetas con acceso para sillas de ruedas disponibles, si se solicita. • Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias. Este beneficio no cubre el transporte en: • Ambulancia Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en MyUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Dentro de la Red: \$0 de copago Fuera de la Red 75% de coseguro por los servicios cubiertos*

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado requerido de urgencia El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar: • Una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato, o • Una enfermedad imprevista, o • Una lesión, o • Un problema que necesita cuidado inmediatamente. Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, por cuestiones de hora, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para un problema imprevisto, pero que no es una emergencia médica). Cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, una lesión o un problema que usted no esperaba ni anticipaba, y usted no puede esperar hasta regresar al área de servicio de nuestro plan para obtener servicios. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.	\$0 de copago por cada visita. \$0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección A del Capítulo 7.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Cuidado de la vista Pagamos servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos. Por ejemplo, exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, pagamos un examen de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen: • Personas con historial familiar de glaucoma • Personas con diabetes • Afroamericanos mayores de 50 años • Hispanos estadounidenses mayores de 65 años Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red \$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.^{††} \$0 de copago por el examen de glaucoma cubierto por Medicare. \$0 de copago por exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare.^{††} \$0 de copago por un par de anteojos o de lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por cada examen cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por el examen de glaucoma cubierto por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por exámenes de la vista para evaluar si existe enfermedad del ojo, cubiertos por Medicare. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Cuidado de la vista (continuación) Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. Si le realizan dos cirugías de cataratas por separado, usted debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par de anteojos después de la primera cirugía. Los lentes correctivos/marcos (y los reemplazos) que se necesitan después de una extracción de cataratas sin implante de lente. Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar según lo definido por Medicare; las mejoras no están cubiertas (incluidos, entre otros, los marcos de lujo, los lentes de colores, los lentes progresivos o el revestimiento antirreflectante). Cubrimos los exámenes de la vista con refracción, según lo descrito en nuestros Servicios de Valor Agregado. Todos los miembros cumplen los requisitos para recibir un examen de la vista que mida la graduación de los anteojos o lentes de contacto con receta una vez cada 24 meses.	\$0 de copago o 30% de coseguro por un par de lentes de contacto o anteojos estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para la vista - artículos para la vista de rutina Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. • 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto estándar cada año Usted es responsable de toda cantidad que exceda la asignación del plan para artículos para la vista. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myuhc.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	Proveedor: March® Vision Care \$0 de copago El plan paga hasta \$400 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de March® Vision Care (solo productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red de March® Vision Care.
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye: • Una revisión de su salud, • Educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), y • Referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos. Este beneficio continúa en la página siguiente	Dentro de la Red No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. No hay coseguro, copago ni deducible por un electrocardiograma cubierto por Medicare, por única vez, si se indica como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Para obtener información sobre otros electrocardiogramas, consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (continuación) Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	Fuera de la Red \$0 de copago o 30% de coseguro por la visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo. \$0 de copago o 30% de coseguro por un electrocardiograma cubierto por Medicare, por única vez, si se indica como resultado de su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”. Para obtener información sobre otros electrocardiogramas, consulte la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Usted paga estas cantidades hasta que alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.

††Servicios cubiertos para los que su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.

*Se pueden aplicar reglas de autorización.

 **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección E Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o de Turquoise Care Plan.

Sección E1 Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios Médicos de la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados paliativos factura los servicios a Medicare. Medicare paga los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A de Medicare o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su coordinador del cuidado de la salud para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni Turquoise Care Plan

Esta sección explica los beneficios que están excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ningún caso, y otros que excluimos solamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para Miembros**), excepto en los casos específicos indicados. Si usted recibe los servicios que están excluidos (sin cobertura), debe pagarlos, excepto en los casos específicos que se indican a continuación. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios Médicos, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios que no se consideren “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y de Turquoise Care Plan, a menos que los indiquemos como servicios cubiertos
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- Enfermeras privadas
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio
- Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, desempeño deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico
- Cuidado quiropráctico, excepto la manipulación manual de la columna vertebral según las pautas de cobertura
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyan en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales)
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios para emergencias en un hospital del Departamento de Asuntos de los Veteranos y el costo compartido según este Departamento sea mayor que el costo compartido conforme a nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus costos compartidos.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con
receta para pacientes ambulatorios

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o por pedido por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por Turquoise Care Plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Generalmente, incluyen medicamentos que le administran mientras usted está en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Si desea más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios Médicos del **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F**, “Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare”, del **Capítulo 5**.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, usted tiene algunos medicamentos con receta cubiertos por sus beneficios de Turquoise Care Plan. La **Lista de Medicamentos** le indica cómo obtener información sobre su cobertura de medicamentos de Turquoise Care Plan.

Habitualmente, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección. Un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP).

El profesional que receta **no** debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare ni en ninguna lista similar de Medicaid.

Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** de nuestro plan. Para abreviar, la llamamos **Lista de Medicamentos**. (Consulte la **Sección B** de este capítulo)

- Si no está en la “Lista de Medicamentos”, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.

Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Es posible que el profesional que receta pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado. Su medicamento podría requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la **Sección C** de este capítulo.

Sección A	Cómo surtir sus recetas	166
Sección A1	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	166
Sección A2	Use su UCard de miembro cuando surta una receta	166
Sección A3	Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red	166
Sección A4	Qué puede hacer si su farmacia deja la red	167
Sección A5	Uso de una farmacia especializada.....	167
Sección A6	Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.....	167
Sección A7	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	170
Sección A8	Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan.....	170
Sección A9	Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta.....	171
Sección B	La Lista de Medicamentos de nuestro plan	171
Sección B1	Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos	171
Sección B2	Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos	172
Sección B3	Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos	173

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C	Límites en algunos medicamentos.....	174
Sección D	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	175
	Sección D1 Cómo obtener un suministro temporal	176
	Sección D2 Cómo pedir un suministro temporal.....	177
	Sección D3 Cómo solicitar una excepción	178
Sección E	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	178
Sección F	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	181
	Sección F1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan	181
	Sección F2 En un centro de cuidado a largo plazo	181
	Sección F3 En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare	181
Sección G	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	182
	Sección G1 Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura	182
	Sección G2 Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos.....	182
	Sección G3 Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos	183

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Cómo surtir sus recetas

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A2 Use su UCard de miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su UCard de miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura su medicamento con receta cubierto.

Si no tiene consigo su UCard de miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que llame al plan para obtener la información necesaria o que consulte su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo. Luego puede pedirnos que le hagamos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicio al Cliente.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A3 Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedirle a un proveedor que le emita una nueva receta o pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A4 **Qué puede hacer si su farmacia deja la red**

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, usted tiene que buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A5 **Uso de una farmacia especializada**

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. Para buscar una farmacia especializada, consulte su **Directorio de Farmacias** en myuhc.com/CommunityPlan, o comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección A6 **Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos**

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan requiere que usted pida **un suministro de 90 días**. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de tres meses. Optum Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo postal, consulte su **Directorio de Farmacias**, donde podrá buscar las farmacias con servicio de medicamentos por correo dentro de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté dentro de la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegan en un plazo no mayor de diez días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

- Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta.
- Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico o proveedor que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510**, TTY **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de usted y le entrega los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entrega los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de nuestro plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento, por teléfono o por correo postal.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o posponer el pedido antes de que se lo envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para indicarles lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Si no desea recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.

3. Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo

Para los resurtidos de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que se le debería estar por acabar su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que automáticamente prepara los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.

Indique a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted para que esta pueda confirmar su pedido antes de hacer el envío.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A7 **Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos**

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de tres meses. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, usted también puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Optum Home Delivery es un servicio de OptumRx, una farmacia con entrega a domicilio, un administrador de beneficios de farmacia y una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar OptumRx para surtir sus medicamentos de mantenimiento. Su red tiene otras farmacias disponibles. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Sección A8 **Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan**

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- **Medicamentos con receta para una Emergencia Médica**

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestro Formulario sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**

Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo de nuestra red o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos y se enferma, se queda sin medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de cobertura.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia preferida de pedidos por correo ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

En estos casos, primero consulte a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.

Sección A9 Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le hagamos un reembolso.

Si desea más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

Sección B La Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos **Lista de Medicamentos**.

Elegimos los medicamentos de la **Lista de Medicamentos** con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** también indica las reglas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

Sección B1 Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra **Lista de Medicamentos** incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos con receta y sin receta (OTC) cubiertos por Turquoise Care Plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Nuestra **Lista de Medicamentos** incluye medicamentos genéricos, medicamentos de marca y productos biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) y se llaman productos biológicos. En nuestra **Lista de Medicamentos**, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una versión genérica, tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca o los productos biológicos, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o uno de marca satisfarán sus necesidades.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Sección B2 Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento que usted toma está en nuestra **Lista de Medicamentos**, puede:

- Consultar la **Lista de Medicamentos** más reciente que le enviamos por correo postal.
- Visitar el sitio web de nuestro plan en **myuhc.com/CommunityPlan**. La **Lista de Medicamentos** de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en nuestra **Lista de Medicamentos** o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” en **myuhc.com/CommunityPlan** o llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la **Lista de Medicamentos** para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha **Lista de Medicamentos** que podrían tratar la misma enfermedad.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección B3 Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en nuestra **Lista de Medicamentos** porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra **Lista de Medicamentos**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que usted deba pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de Turquoise Care Plan) no puede pagar un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre sin costo los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. Nuestro plan no puede cubrir el uso fuera de la indicación aprobada de un medicamento cuando el uso no cuenta con el respaldo de ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System. Un uso fuera de la indicación aprobada es cualquier uso del medicamento diferente de los usos indicados en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, ni Medicare ni Turquoise Care Plan pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío, excepto los medicamentos de un solo agente recetados por un proveedor con licencia
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello, a menos que sean médicamente necesarios
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto ciertas vitaminas prenatales, geriátricas o de un solo agente, y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual, a menos que sean médicamente necesarios



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Medicamentos que se usan para tratar la anorexia o para bajar o subir de peso, a menos que estén incluidos en la **Lista de Medicamentos** Preferidos de Medicaid del Estado y en el Manual de Facturación de Farmacias, y que hayan sido recetados por un proveedor con licencia
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que fabrica una compañía que dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos
- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta sin receta)

Sección C Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su enfermedad. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, soliciten que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Generalmente, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable surte el mismo efecto que un medicamento de marca o un producto biológico original, y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original, nuestras farmacias le darán la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagaremos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando haya una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos ha informado la razón médica por la que el medicamento genérico o biosimilar intercambiable no le surtirá efecto a usted o si ha escrito “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca o un producto biológico original o si nos ha informado la razón médica por la que ni el



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

medicamento genérico, ni el biosimilar intercambiable ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrírselos.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo que surten el mismo efecto antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que requiramos que usted pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** le surte efecto, cubriremos el medicamento B. Este requisito se llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra **Lista de Medicamentos**. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura debido a alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros**.

Sección D Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto en la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento quizás no esté en nuestra **Lista de Medicamentos**. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites de cobertura. Según se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que receta podrían desear solicitarnos una excepción.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.

Sección D1 Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:

- Deja de estar en nuestra **Lista de Medicamentos** o
- Nunca estuvo en nuestra **Lista de Medicamentos** o
- Ahora tiene alguna limitación.

2. Usted debe estar en una de las siguientes situaciones:

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 30 días, o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
 - Podrían ocurrir transiciones imprevistas en cualquier momento, como altas del hospital (incluidos los hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (es decir, cambiar de centro de cuidado a largo plazo, ingresar a un centro de cuidado a largo plazo y salir de uno, terminar la cobertura de la Parte A dentro de un centro de enfermería especializada o terminar la cobertura de cuidados paliativos y volver a la cobertura de Medicare). Si le recetan un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o su capacidad para obtener sus medicamentos está restringida de alguna manera, debe usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede pedir un suministro temporal por única vez de al menos 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la **Lista de Medicamentos** (formulario). Si su médico le emite su receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.

Sección D2 Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro. Sus opciones son:

- Cambiar el medicamento por otro.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que le surta efecto. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma enfermedad. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

O

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, pueden pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección D3 Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que usted toma se quitará de nuestra **Lista de Medicamentos** o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le avisamos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Solicitenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la manera en que usted quisiera.
- Respondemos a su solicitud de excepción en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si desea más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos** durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preaprobación (prior approval, PA) para un medicamento (permiso antes de poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usted toma un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- Aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de nuestra **Lista de Medicamentos** actual, **o**
- Nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- Se retire un medicamento del mercado.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra **Lista de Medicamentos**, usted siempre puede:

- Consultar nuestra **Lista de Medicamentos** actual en Internet en **myuhc.com/CommunityPlan** o
- Llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para consultar nuestra **Lista de Medicamentos** actual.

Cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos que le afecten durante el año del plan actual.

- **Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible.** A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico que surte el mismo efecto que un medicamento de marca de nuestra **Lista de Medicamentos** actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca o el producto biológico original, y que agreguemos el nuevo medicamento genérico o la versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico, pero su costo por el nuevo medicamento sigue siendo el mismo.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviamos información sobre el cambio específico una vez que lo hacemos. Esta información también incluirá los pasos que usted puede seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviamos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos quitarlo inmediatamente de la **Lista de Medicamentos**. Si está tomando el medicamento, le enviamos un aviso después de realizar el cambio. El profesional que receta se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para buscar otro medicamento para su enfermedad.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra **Lista de Medicamentos**. Estos cambios podrían suceder si:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en nuestra **Lista de Medicamentos o**
 - Cambiamos los límites o las reglas de cobertura del medicamento de marca

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra **Lista de Medicamentos o**
- Le avisamos y le damos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la **Lista de Medicamentos** que usted puede tomar en su lugar **o**
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios. Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año del plan actual

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto si es retirado del mercado, si un medicamento genérico reemplaza uno de marca o por otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, usted probablemente no notará ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional en su uso del medicamento.

No le informaremos directamente este tipo de cambios durante el año actual del plan. Usted tendrá que consultar la Lista de Medicamentos del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que le afectará durante el próximo año del plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales

Sección F1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Sección F2 En un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** en myuhc.com/CommunityPlan para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente. Si está en un centro de cuidado a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de cuidado a largo plazo.

Sección F3 En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con enfermedades relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que nuestro plan pueda cubrir los medicamentos.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, usted puede pedir al profesional que receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección G1 Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Tal vez no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar que surte el mismo efecto
- Tal vez no sean seguros o apropiados para su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- Tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos
- Posibles errores en la cantidad (dosificación) de un medicamento que está tomando

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

Sección G2 Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades complejas de salud. En tales casos, usted podría cumplir los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y sin receta

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su profesional que receta sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección G3 Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al 1-866-393-0208, 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.

apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus profesionales que recetan, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos de ciertos profesionales que recetan o que las surta en ciertas farmacias.
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opiáceos o benzodiacepínicos de ciertos profesionales que recetan
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviamos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solamente de un proveedor específico o que las surta en una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de responder, le enviamos otra carta que confirma las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, si no está de acuerdo con que usted esté en riesgo debido al uso indebido de medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que receta pueden presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones al acceso a estos medicamentos, automáticamente enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Si desea más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.)

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- Tiene ciertas enfermedades, como cáncer o anemia drepanocítica,
- Está recibiendo cuidados paliativos o cuidado para el final de la vida, o
- Vive en un centro de cuidado a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con
receta de Medicare y de Turquoise Care Plan

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de Turquoise Care Plan

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid

Dado que usted cumple los requisitos de Turquoise Care Plan, recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Si desea más información sobre medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- Nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos**.
 - La llamamos “Lista de Medicamentos”. Le explica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si usted necesita una copia de nuestra **Lista de Medicamentos**, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra **Lista de Medicamentos** en nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.
- El **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- Cuando usted usa la “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2 del Capítulo 5**), el costo que aparece es en “tiempo real”, lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.

• Nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

- En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que aceptan trabajar con nosotros.
- **El Directorio de Proveedores y Farmacias** indica las farmacias de nuestra red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección A	La Explicación de Beneficios (EOB)	188
Sección B	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	189
Sección C	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	191
	Sección C1 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento....	191
Sección D	Vacunas	191
	Sección D1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	191

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta.
- Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por el programa “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (SPAP).
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios** (EOB). La Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen detalla qué medicamentos con receta usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros, así como lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Usted puede hablar con el profesional que receta para saber más.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se toman en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra **Lista de Medicamentos**. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con y sin receta están cubiertos por Turquoise Care Plan. Estos medicamentos se incluyen en la **Lista de Medicamentos**.

Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su UCard de Miembro.

Muestre su UCard de miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

Las siguientes son algunas de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

4. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de Beneficios por correo postal, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden con los medicamentos que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) o leer la **Guía para Miembros** de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP). Para obtener más información, puede acceder a la **Guía para Miembros** en nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.

¿Qué puede hacer si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece estar bien en esta Explicación de Beneficios, llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: **myuhc.com/CommunityPlan**.

¿Qué se puede hacer ante un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP).
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben 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.
- También puede denunciar el fraude a Medicaid ante la Autoridad de Cuidado de la Salud de New Mexico a través de uno de los siguientes métodos:
 - Por teléfono: **1-800-228-4802**
 - Por fax: **505-797-5127**
 - Por correo postal: New Mexico Healthcare Authority
Office of Inspector General
909 Adams St. NE, Suite A
Albuquerque, NM 87113

Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Guarde estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas.

Mensaje importante sobre lo que usted paga por la insulina — Pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D.

Sección C1 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros** o nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección D Vacunas

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

Sección D1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si planea recibir una vacuna.

Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre su vacuna.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos
una factura que recibió por servicios
o medicamentos cubiertos

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	194
Sección B	Cómo enviarnos una solicitud de pago	197
Sección C	Decisiones de cobertura	197
Sección D	Apelaciones	198



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan sus medicamentos y servicios cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de cuidado de la salud o de medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó, tiene derecho a recibir un reembolso.
- Si pagó servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
- Si usted pagó servicios cubiertos por Turquoise Care Plan que no están cubiertos por este programa (por ejemplo, algunos servicios para la salud del comportamiento en la comunidad), nosotros no podemos hacerle un reembolso, pero el proveedor sí lo hará. Servicio al Cliente o su coordinador del cuidado de la salud pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicio al Cliente al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el total cuando recibe el cuidado, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó el servicio de Medicare, le haremos un reembolso.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que usted muestre su UCard de miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Pero, en ocasiones, cometen errores y le piden a usted que pague sus servicios o que pague más que su parte de los costos. **Llame a Servicio al Cliente** o a su coordinador del cuidado de la salud al número que se encuentra al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva.

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso podría haber sido el año pasado.)

- Si se le inscribió retroactivamente y usted pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos. Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si desea más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su UCard de miembro

Si no lleva consigo su UCard de miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted tenga que pagar de su bolsillo el costo total del medicamento con receta o volver a la farmacia con su UCard de miembro.
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de un medicamento con receta porque no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se aplica a su caso. Si usted decide obtener el medicamento inmediatamente, es posible que deba pagar el costo total.
 - Si no lo paga, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente (en un plazo no mayor de 24 horas), pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunos casos, es posible que su médico u otro profesional que receta deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, lo pagamos.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección B Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare, o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal.** Puede pedirle ayuda a su coordinador del cuidado de la salud. Usted debe presentarnos su reclamo médico o de medicamentos sin receta de Medicaid que son recetados por el médico en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. Usted debe presentarnos su reclamo de medicamentos con receta en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (**myuhc.com/CommunityPlan**) o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíe por correo postal su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

OptumRx

P.O. Box 650287

Dallas, TX 75265-0287

Solicitudes de pago de reclamos médicos:

UnitedHealthcare

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Sección C Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos lo que usted debe pagar, si corresponde.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, lo pagaremos. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo postal por lo que pagó. Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos.

El **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Si desea más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

Sección D Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice “presentar una apelación”. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con lo que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Si desea más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**:

- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	202
Sección B	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	203
Sección C	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	207
	Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal.....	207
	Sección C2 Su derecho a consultar sus registros médicos	208
Sección D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información.....	216
Sección E	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	217
Sección F	Su derecho a dejar nuestro plan	217
Sección G	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	217
	Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones.....	217
	Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo	218
	Sección G3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones	220

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	220
	Sección H1 Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	221
Sección I	Sus responsabilidades como miembro del plan	222

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le presten de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además de inglés, incluso en español y amárico y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a:

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769
1-866-393-0208, TTY 711

También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted.

- Para que le proporcionemos información de una forma que le resulte conveniente, llame a Servicio al Cliente o a su coordinador del cuidado de la salud.
- Para mantener su información como una solicitud permanente para futuras comunicaciones y correspondencia, comuníquese con su coordinador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.
- Para cambiar su solicitud permanente de idioma o formato preferido, comuníquese con su administrador del cuidado de la salud o llame a Servicio al Cliente.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Los miembros de planes para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) deberían llamar al número que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID, y quienes no son miembros de UnitedHealthcare, pueden llamar al **1-833-909-0904**, TTY **711**, o usar su servicio de retransmisión preferido.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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 la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**.

Sección B Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.
 - Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** si desea más información sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- **Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención**
 - Si necesita hablar o hacer una consulta con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le informará cómo proceder.
 - Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el **Capítulo 10** le indica qué puede hacer.
- Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. **No** le exigimos que obtenga referencias.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios en un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Si desea más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Usted tiene derecho a recibir una Declaración de Derechos del Miembro por escrito.
- Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y reconocimiento a su dignidad y su derecho a la privacidad.
- Usted tiene derecho a que se mantenga la privacidad de su información de salud.
- Usted tiene derecho a rechazar cuidado.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para el cuidado de la salud sin discriminación.
- Usted tiene derecho a obtener información en otro formato que cumpla con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
- Usted tiene derecho a participar en todas las decisiones sobre el cuidado de su salud con sus proveedores.
- Usted tiene derecho a que se le informe sobre las opciones de tratamiento de una manera que pueda comprender.
- Usted tiene derecho a mantener conversaciones sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus enfermedades, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.
- Usted tiene derecho a un consentimiento informado, que es el derecho a recibir una explicación clara de los hechos, los riesgos y cualquier posible resultado de un tratamiento.
- Usted tiene derecho a participar en la comprensión de los problemas físicos y de salud del comportamiento y a desarrollar metas de tratamiento acordadas mutuamente.
- Usted tiene derecho a elegir a un representante que le ayude con las decisiones sobre el cuidado de la salud.
- Usted tiene derecho a solicitar una segunda opinión dentro de la red de Turquoise Care Plan de UnitedHealthcare Community Plan. O UnitedHealthcare Community Plan hará los arreglos necesarios para que usted reciba una segunda opinión fuera de la red sin costo. Por ejemplo, esto se puede solicitar cuando el miembro o tutor necesita saber más sobre el tratamiento o piensa que el proveedor no le está proporcionando el cuidado solicitado.
- Usted tiene derecho a expresar una queja formal o una apelación sobre UnitedHealthcare Community Plan o el cuidado recibido y a obtener una respuesta oportuna.
- Usted tiene derecho a usar el proceso de Queja Formal de UnitedHealthcare Community Plan y el proceso de Audiencia Imparcial de la Autoridad de Cuidado de la Salud del Estado de New Mexico sin temor a represalias.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Usted tiene derecho a elegir proveedores de servicios a su disposición de la red de Turquoise Care Plan de UnitedHealthcare Community Plan y cumplir los requisitos de referencia y preautorización.
- Usted tiene derecho a usar cualquier hospital u otro centro para recibir cuidado de emergencia.
- Usted tiene derecho a expresar sus deseos en instrucciones por anticipado sobre el cuidado de la salud.
- Usted tiene derecho a solicitar y obtener una copia de sus registros médicos oportunamente.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre Turquoise Care Plan de UnitedHealthcare Community Plan, sus servicios, profesionales médicos y proveedores, y sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.
- Usted tiene derecho a no ser objeto de acoso de parte de Turquoise Care Plan de UnitedHealthcare Community Plan ni de sus proveedores en las disputas contractuales.
- Usted tiene derecho a no ser objeto de restricción o reclusión usada como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Usted tiene derecho a elegir una organización de cuidado administrado y hacer valer sus derechos de cambio de inscripción sin ser objeto de acoso.
- Usted tiene derecho a hacer valer sus derechos sin que esto afecte la forma en que le tratan los proveedores, UnitedHealthcare Community Plan o el estado.
- Usted tiene derecho a esperar que UnitedHealthcare Community Plan cumpla con las leyes federales y estatales.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre cobertura y límites.
- Usted tiene derecho a que le expliquen lo que ocurrirá si no recibe cuidado.
- Usted tiene derecho a pedirle a su médico que le pregunte si usted desea recibir cuidado. En caso de emergencia, si usted no puede firmar un formulario y su salud está en peligro, el médico puede proporcionarle cuidado sin preguntar.
- Usted tiene derecho a esperar que UnitedHealthcare Community Plan no interfiera con usted o el médico o cuando se hable sobre su cuidado.
- Usted tiene derecho a que UnitedHealthcare Community Plan le ayude a buscar otro médico si el que tiene se rehúsa a proporcionarle cuidado debido a creencias morales o religiosas.
- Usted tiene derecho a que ningún médico actúe contra usted o trate de influenciarle.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Usted tiene derecho a decirle a UnitedHealthcare Community Plan si otra persona debería recibir información o ayudarlo a tomar decisiones sobre su cuidado.
- Usted tiene derecho a hacer valer estos derechos cuando lo desee.
- Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a estos derechos.
- Usted tiene derecho a recibir los servicios que necesita según lo determinado por su médico y UnitedHealthcare Community Plan, según lo exigido por el estado de New Mexico.
- Usted tiene derecho a recibir información sobre cómo UnitedHealthcare Community Plan hace negocios y sobre cómo presentar una apelación.
- Usted tiene derecho a obtener todos los derechos conforme a la ley o norma como paciente en un centro de cuidado de la salud con licencia.
- Usted tiene derecho a saber si cambian los beneficios, los servicios o las redes de proveedores.
- Usted tiene derecho a obtener información sobre los acuerdos entre Turquoise Care Plan de UnitedHealthcare Community Plan y sus proveedores que podrían limitar los servicios.
- Usted tiene derecho a acceder a proveedores cercanos al lugar en el que vive o trabaja.
- Usted tiene derecho a recibir cuidado de la salud económico con límites en su costo. Esto incluye el derecho a recibir cuidado de un proveedor fuera de la red. Esto significa que deberían informarle sus costos cuando el cuidado es proporcionado por un proveedor fuera de la red o sin la preautorización necesaria.
- Usted tiene derecho a solicitar y recibir consejo y apoyo de su proveedor sobre su salud, cuidado médico o tratamiento para su enfermedad. Esto incluye hablar sobre otras opciones de tratamiento que usted puede recibir por su cuenta, aunque no estén cubiertas por el seguro. Usted puede obtener información que le ayude a elegir las mejores opciones de tratamiento y a conocer los riesgos, beneficios y lo que podría ocurrir si decide no recibir tratamiento. Usted también tiene derecho a formar parte de las decisiones sobre el cuidado de su salud, a rechazar tratamientos y a compartir sus preferencias sobre el futuro cuidado médico.
- Usted tiene derecho a que le expliquen por qué se le deniega el cuidado y a que le permitan apelar y recibir ayuda del estado.
- Si a un miembro se le han cobrado copagos de más de forma incorrecta, el miembro tiene derecho a que el proveedor le haga un reembolso.
- La División de Apoyo con los Ingresos (Income Support Division, ISD) de la Autoridad de Cuidado de la Salud determina los requisitos de participación para la mayoría de las categorías de Medicaid. Si el núcleo familiar del miembro no está de acuerdo con el cálculo de ingresos



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

del núcleo familiar, este puede solicitar una audiencia imparcial a la Autoridad de Cuidado de la Salud.

- Los miembros tienen derecho a solicitar a UnitedHealthcare Community Plan, en cualquier momento, un recuento del total de copagos acumulados de su núcleo familiar. Si el miembro no está de acuerdo con el recuento de copagos acumulados de la organización de cuidado administrado, el miembro puede presentar una apelación directamente ante Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Community Plan.

El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También explica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección C Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización consulte ni modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. **Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito.** Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar información de salud personal por orden judicial.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al 1-866-393-0208, 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.

- Debemos dar su información de salud personal a Medicare y a Turquoise Care Plan. Si Medicare o Turquoise Care Plan divulgan su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, lo hacen según las leyes federales.

Sección C2 Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboramos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información de salud personal con terceros y de qué manera lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR y DIVULGAR, y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER a DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted a acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso vigente.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud o los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos**, por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Responsables de Hacer Cumplir la Ley**. Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad**. A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno**. Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales**. Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación**. Por ejemplo, para estudiar una enfermedad. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas**. Por ejemplo, a un médico forense o médico legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos**. Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales o Responsables de Hacer Cumplir la Ley**. Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales**. Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones**. Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

7. Salud mental
8. Información de menores
9. Recetas
10. Salud reproductiva
11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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 recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- **En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-393-0208**, o al TTY/RTT **711**.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025.

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-393-0208**, o al TTY/RTT **711**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

²A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Sección D Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicio al Cliente. Este servicio es gratuito para usted en otros idiomas. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio sin costo si lo necesita.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar un plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera
 - Cómo nos han calificado los miembros del plan
 - El número de apelaciones presentadas por los miembros
 - Cómo dejar nuestro plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario
 - Títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - Servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Guía para Miembros**) y medicamentos (consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**) cubiertos por nuestro plan
 - Límites en su cobertura y sus medicamentos
 - Reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros**), lo que incluye pedirnos que:
 - Pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que tomamos
 - Paguemos una factura que usted recibió

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección E Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que cobraron los proveedores. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

Sección F Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** de su **Guía para Miembros**:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de Turquoise Care Plan si deja nuestro plan.

Sección G Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que le ayude a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su enfermedad, independientemente del costo o de si están cubiertas o no por nuestro plan. También incluye que se le informe sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y a usarlos de manera segura.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Debemos informarle por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Negarse.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga.
Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que generalmente no cubrimos.** A esto se le llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted.**
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluso sobre el cuidado que usted **no** desea.

El documento legal que usted usa para dar las instrucciones se llama “instrucciones por anticipado”. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

Usted no está obligado a tener instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo. Si desea usar instrucciones por anticipado, tiene que hacer lo siguiente:

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle el formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Usted puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir los formularios.
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su proveedor de cuidado primario, le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento.** Debería entregarle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, **lleve una copia con usted al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Recibir información sobre las instrucciones por anticipado y elegir no recibir ningún tratamiento que mantenga la vida o no continuar con dicho tratamiento.
- Pedir que se incluyan sus instrucciones por anticipado en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones por anticipado en cualquier momento.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Una Divulgación de Información (Release of Information, ROI), un formulario de Instrucciones por Anticipado (Advance Directive, AD) y un Poder Legal (Power of Attorney, POA) requieren capacidad mental para crear y firmar los documentos.

Las Instrucciones por Anticipado y los Poderes Legales requieren:

- La firma del miembro delante de un notario. Si el documento no ha sido certificado por un notario, no es válido.

Divulgaciones de Información:

- Pueden ser firmadas por un Apoderado Legal autorizado en lugar del miembro (el Apoderado Legal también debe gozar de buena salud mental)



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Solamente tienen validez durante 1 año completo, a menos que estén fechados por menos tiempo.

Las Instrucciones por Anticipado y los Poderes Legales tienen los siguientes requisitos adicionales:

- Las Instrucciones por Anticipado y los Poderes Legales entran en vigencia en el momento en que son firmados y certificados por un notario; O
- Las Instrucciones por Anticipado y los Poderes Legales entran en vigencia cuando el miembro queda incapacitado o no puede dirigir su propio cuidado o finanzas, etc.
- Esta situación requerirá una declaración adjunta, también certificada por notario, de un profesional médico o de salud mental que indique cuándo comenzó la discapacidad o incapacidad, cuál es la discapacidad o incapacidad y si, en su opinión profesional o médica, están presentes las condiciones que califican para que el Poder Legal o las Instrucciones por Anticipado entren en vigencia.

Sección G3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones

Si usted firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, puede presentar una queja ante el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-633-2446**, o TTY **711**.

También puede enviar una queja por escrito a:

UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300, P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440

Sección H Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan presentaron contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para obtener esta información.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección H1 Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si usted cree que le tratamos injustamente — y **no** es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el **Capítulo 11** de su **Guía para Miembros** — o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar:

- A Servicio al Cliente.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, el Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico al **1-800-432-2080**. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2**.
- A la Oficina del Programa del Ombudsman de New Mexico al **1-800-432-2080**. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.
- A Medicare 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**. (También puede leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en **medicare.gov/publications/11534-s-medicare-rights-and-protections.pdf**.)
- A Servicio al Cliente Consolidado (Consolidated Customer Service Center, CCSC) de la Autoridad de Cuidado de la Salud (HCA) al **1-800-283-4465**, de lunes a viernes, de 7 a.m. A 6:30 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección I Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer la Guía para Miembros** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Guía para Miembros**. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su UCard de miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Tratar con respeto y dignidad a quienes le proporcionan su cuidado.**
- **Seguir las reglas** del programa Dual Complete de New Mexico y de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP).
- **Ir a las citas programadas.**
- **Avisarle a su médico al menos 24 horas antes de la cita si debe cancelarla.**
- **Pedir que se le explique mejor** si no entiende las instrucciones de su médico.
- **Ir a la Sala de Emergencias únicamente si tiene una emergencia médica.**
- **Informar a su proveedor de cuidado primario o proveedor dental primario sobre los problemas médicos o personales que puedan afectar a su salud.**
- **Tratar de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de metas de tratamiento.**
- **Ayudar a su médico a** obtener registros médicos de proveedores que le hayan tratado en el pasado.
- **Informar a UnitedHealthcare Community Plan si se lesionó como resultado de un accidente o en el trabajo**

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Ayudar a sus médicos y** otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
 - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Avisarnos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos inmediatamente. Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de su **Guía para Miembros** explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si usted se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nuevo sitio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe su nueva dirección a Medicare y a Turquoise Care Plan cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros** para ver los números de teléfono de Medicare y de Turquoise Care Plan.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Si se muda, pero sigue estando dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

Los miembros de Turquoise Care Plan de UnitedHealthcare Community Plan tienen responsabilidades, que incluyen:

- Comprender sus derechos como miembro de Turquoise Care Plan.
- Hacer preguntas.
- Preguntar a UnitedHealthcare Community Plan sobre sus beneficios antes de recibir cuidado.
- Elegir un proveedor de cuidado primario. Para casos que no sean de emergencia, comuníquese primero con el proveedor de cuidado primario.
- Hablar con su proveedor de cuidado primario antes de consultar a un especialista. Haga cambios de proveedor de cuidado primario de las maneras especificadas por UnitedHealthcare Community Plan.
- Mostrar la tarjeta de ID de miembro antes de recibir cuidado y guardar la tarjeta de ID de miembro en un lugar seguro para evitar que otra persona la use.
- Cumplir, reprogramar o cancelar una cita con anticipación, en lugar de simplemente no presentarse.
- Usar cuidado de emergencia únicamente para una lesión o enfermedad que podría poner en peligro la vida o perjudicar la salud si no se la trata de inmediato.
- No es necesario que se comunique con su proveedor de cuidado primario para una situación de emergencia, planificación familiar o servicios del Servicio de Salud Indígena.
- Compartir información de salud que UnitedHealthcare Community Plan, su médico u otro proveedor de salud necesite para proporcionar cuidado.
- Comprender su problema de salud, participar en su tratamiento y colaborar con su proveedor para tomar decisiones, y hacer todo lo posible para mantenerse saludable.
- Seguir los consejos, planes e instrucciones que acordó con su médico y avisarle a su médico si es necesario realizar algún cambio.
- Tratar a todo el personal con respeto y cortesía.
- Informar a UnitedHealthcare Community Plan cualquier cambio de dirección o número de teléfono.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Los miembros o sus tutores legales tienen la responsabilidad de pagar todos los copagos o costos compartidos necesarios en el momento en que se prestan los servicios. Esto incluye el crédito de cuidado médico que el centro de enfermería puede cobrar cuando corresponda.
- En caso de falta de pago del copago o costo compartido correspondiente, el proveedor de cuidado o UnitedHealthcare pueden ejercer todas las medidas legales y apropiadas necesarias para recuperar el copago o costo compartido adeudado.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud.....	230
	Sección A1 Información sobre los términos legales	230
Sección B	Dónde recibir ayuda.....	230
	Sección B1 Para obtener más información y ayuda.....	230
Sección C	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de Turquoise Care Plan en nuestro plan	231
Sección D	Problemas con sus beneficios	232
Sección E	Decisiones de cobertura y apelaciones	232
	Sección E1 Decisiones de cobertura	232
	Sección E2 Apelaciones.....	233
	Sección E3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	234
	Sección E4 Qué sección de este capítulo puede ayudarle	234



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al 1-866-393-0208, 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.

Sección F	Cuidado médico	235
	Sección F1 Cómo usar esta sección	235
	Sección F2 Cómo solicitar una decisión de cobertura	236
	Sección F3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	239
	Sección F4 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	244
	Sección F5 Problemas de pago.....	248
Sección G	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.....	249
	Sección G1 Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare.....	249
	Sección G2 Excepciones de la Parte D de Medicare	251
	Sección G3 Información importante sobre la solicitud de una excepción	251
	Sección G4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción	252
	Sección G5 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	255
	Sección G6 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	257
Sección H	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada	259
	Sección H1 Cómo se enterará de sus derechos de Medicare	260
	Sección H2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	261
	Sección H3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	263
Sección I	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	263
	Sección I1 Aviso antes de que termine su cobertura	264
	Sección I2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	264
	Sección I3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	266

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	267
Sección J1	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	267
Sección J2	Apelaciones adicionales de Turquoise Care Plan.....	268
Sección J3	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare	269
Sección K	Cómo presentar una queja.....	270
Sección K1	Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas.....	270
Sección K2	Quejas internas	272
Sección K3	Quejas externas.....	273



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted debe usar depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Para asegurar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

Sección A1 Información sobre los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación rápida”
- “Organización de Revisión Independiente (IRO)” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

Sección B Dónde recibir ayuda

Sección B1 Para obtener más información y ayuda

A veces, es complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga la información necesaria para dar el próximo paso.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Ayuda de parte del Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de New Mexico. Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer con respecto a su problema. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de New Mexico no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de New Mexico es el **1-800-432-2080**.

Ayuda e información de parte de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar 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**.
- Visitar el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**).

Ayuda e información de la Línea de Apoyo de Turquoise Care Plan Dual Complete

Para obtener más información, puede comunicarse con la Línea de Apoyo de Turquoise Care Plan Dual Complete al **1-800-283-4465**, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes.

Ayuda del Programa del Ombudsman de New Mexico

Puede comunicarse con el programa del Ombudsman al **1-800-432-2080**, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes.

Ayuda de la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de New Mexico

Puede comunicarse con el programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (LTC) al **1-866-451-2901**. Las llamadas se responden en un plazo no mayor de 24 horas o al día hábil siguiente.

Sección C Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de Turquoise Care Plan en nuestro plan

Usted tiene Medicare y Turquoise Care Plan. La información de este capítulo se aplica a **todos** sus beneficios de Medicare y de Turquoise Care Plan. A veces, se le llama “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de Turquoise Care Plan.

En ocasiones, los procesos de Medicare y de Turquoise Care Plan no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de Turquoise Care Plan. La **Sección F4** explica estas situaciones.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección D Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?	
Esto incluye los problemas sobre si el cuidado médico en particular (artículos o servicios médicos, o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, y la manera en que está cubierto, así como los problemas relacionados con el pago del cuidado médico.	
Sí.	No.
Mi problema es sobre beneficios o cobertura.	Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.
Consulte la Sección E , “Decisiones de cobertura y apelaciones”.	Consulte la Sección K , “Cómo presentar una queja”.

Sección E Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos, y a los medicamentos con receta de la Parte B como cuidado médico. Use el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos como si algo tiene o no tiene cobertura, y la manera en que algo está cubierto.

Sección E1 Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le refiere a un especialista médico fuera de la red, esta referencia se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso (consulte la **Sección H** del **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que usted cree que necesita. **Si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que ya no se lo cubre Medicare ni Turquoise Care Plan. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Sección E2 Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Los revisores que se encargan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio médico, o un medicamento de la Parte B de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección E3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **A Servicio al Cliente** a los números que se encuentran al final de la página.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, el Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, al **1-800-432-2080**.
- **A su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **A un amigo o un familiar**. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **A un abogado**. Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica.
- **A la Oficina del Programa del Ombudsman de New Mexico** al **1-800-432-2080**.
- **A la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de New Mexico** al **1-866-451-2901**.

Llene el formulario de Nombramiento de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a una persona a actuar por usted.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”. También puede obtener el formulario en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf** o en nuestro sitio web **myuhc.com/CommunityPlan**. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

Sección E4 Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos información detallada de cada una en una sección aparte de este capítulo.

Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare”



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solamente se aplica a los siguientes servicios: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF].)

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede recibir ayuda o información de parte de organizaciones del gobierno, como su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.

Sección F Cuidado médico

Esta sección explica lo que usted puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos el costo de su cuidado.

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado médico, que se describen en el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**. Generalmente, nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico” en el resto de esta sección. El término “cuidado médico” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, que son medicamentos administrados por su médico o profesional de cuidado de la salud. Se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Sección F1 Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que cubríamos, y desea que le hagamos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de cierto cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para saber más.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura de cierto cuidado médico, use esta sección (**Sección F**) como guía.

Sección F2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono: **1-866-393-0208**, TTY: **711**.
- Por fax: **1-888-950-1169**
- Por escrito:

UnitedHealthcare Member Services Department (Coverage Determination)
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

Appeals and Grievances Department (Medical appeals)
P.O. Box 6106, MS CA 120-0360
Cypress, CA 90630-0016

Part D Appeals and Grievances Department (Prescription appeals)
P.O. Box 6106, MS CA 120-0368
Cypress, CA 90630-0016

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Si presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación rápida**”.

Si necesita que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud o** perjudicar su capacidad funcional.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones.

- Si **Denegamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen:

- Si la solicitud está incompleta,
- Si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o
- Si usted pide que se la retire.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

Sección F3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-866-393-0208**, TTY **711**.

Para solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, escribanos o llámenos al **1-866-393-0208**.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita que un artículo o servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que usted deba nombrarle como su representante para que actúe en nombre de usted.
- Si la persona que presenta la apelación por usted no es su médico, incluya un formulario de Nombramiento de un Representante que le autorice a representarle. Puede obtener el formulario en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf** o en nuestro sitio web en **myuhc.com/CommunityPlan**.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es **“reconsideración rápida”**.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una apelación rápida.

Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una apelación rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que interrumpiremos o reduciremos los artículos o servicios que usted ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un artículo o servicio que usted recibe, le enviamos un aviso antes de entrar en acción.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una Apelación de Nivel 1 en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
 - Si usted cumple este plazo, recibirá el artículo o servicio sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura de cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Usted debe agotar el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan antes de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
- Es posible que tenga derecho a solicitar seguir recibiendo los servicios en cuestión mientras su apelación con UnitedHealthcare Community Plan o su Audiencia Imparcial con el Departamento de Servicios Humanos (Human Services Department, HSD) del Estado de New Mexico esté en proceso. Usted tiene derecho a recibir beneficios continuos únicamente si se cumplen las siguientes condiciones:
 - Usted debe solicitar una apelación y pedir que continúen sus beneficios en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha en que se envió por correo postal la carta del Aviso de Resolución. Si solicitó que los beneficios continúen durante el proceso de apelación, y recibió una aprobación, sus beneficios continuarán automáticamente durante todo el proceso de Audiencia Imparcial. En caso de que decida discontinuar su beneficio durante el proceso de Audiencia Imparcial, debe comunicarse con UnitedHealthcare para cancelar los servicios.
- Tenga en cuenta que, si el resultado de la apelación o Audiencia Imparcial no es a su favor, es posible que usted tenga que pagar los servicios que recibió.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Todos los miembros pueden presentar una apelación durante estos procesos. Puede presentar una apelación por teléfono ante Servicio al Cliente al **1-877-236-0826**, TTY **711**.
- Puede presentar apelaciones por Internet en member.uhc.com/CommunityPlan.
- También puede presentar una apelación por escrito y enviarla a:
UnitedHealthcare Community Plan
Turquoise Care Plan Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- Fax: 1-801-994-1082
- Correo Electrónico: UHCCP_NM_AG@uhc.com
- **Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no obtuvo, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

- Si no le damos una respuesta en ese plazo o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2.
 - Usted debe agotar el proceso de apelación de UnitedHealthcare Community Plan antes de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal.
 - Es posible que tenga derecho a solicitar seguir recibiendo los servicios en cuestión mientras su apelación con UnitedHealthcare Community Plan o su Audiencia Imparcial con el Departamento de Servicios Humanos (HSD) del Estado de New Mexico esté en proceso. Usted tiene derecho a recibir beneficios continuos únicamente si se cumplen las siguientes condiciones:
- Usted debe solicitar una apelación y pedir que continúen sus beneficios en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha en que se envió por correo postal la carta del Aviso de Resolución. Si solicitó que los beneficios continúen durante el proceso de apelación, y recibió una aprobación, sus beneficios continuarán automáticamente durante todo el proceso de Audiencia Imparcial. En caso de que decida discontinuar su beneficio durante el proceso de Audiencia Imparcial, debe comunicarse con UnitedHealthcare para cancelar los servicios.
 - Tenga en cuenta que, si el resultado de la apelación o Audiencia Imparcial no es a su favor, es posible que usted tenga que pagar los servicios que recibió.
 - Todos los miembros pueden presentar una apelación durante estos procesos. Puede presentar una apelación por teléfono ante Servicio al Cliente al **1-877-236-0826**, TTY **711**.
 - Puede presentar apelaciones por Internet en **member.uhc.com/CommunityPlan**.
 - También puede presentar una apelación por escrito y enviarla a:
UnitedHealthcare Community Plan
Turquoise Care Plan Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
 - Fax: 1-801-994-1082
 - Correo Electrónico: UHCCP_NM_AG@uhc.com

Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 30 días calendario o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Turquoise Care Plan, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

Sección F4 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, Turquoise Care Plan o ambos programas habitualmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Turquoise Care Plan, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podrían cubrir **tanto Medicare como Turquoise Care Plan**, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, el artículo o el medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre Turquoise Care Plan, sus beneficios por ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicare

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” (“IRE”).

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió la compañía para que sea la Organización de Revisión Independiente, y Medicare supervisa el trabajo que esta realiza.
- Enviamos información sobre su apelación (el “expediente de su caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue rápida en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue estándar en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de recibir su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, debemos:
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas**, o
 - Prestar el servicio en un plazo no mayor de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **En un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o
 - **En un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.
 - Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2.
- Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicaid, o que está cubierto tanto por Medicare como por Turquoise Care Plan

Una Apelación de Nivel 2 por los servicios que habitualmente cubre Turquoise Care Plan es una Audiencia Imparcial ante el estado. En el estado, las Audiencias Imparciales se presentan ante la Oficina de Audiencias Administrativas del estado. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nuestra parte le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Acepta** de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, debemos autorizarlo o prestarlo **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Deniega** de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente o la oficina de Audiencias Imparciales deciden **Denegar** de manera total o parcial su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la **Organización de Revisión Independiente**, usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.**

La carta que usted recibe de la oficina de Audiencias Imparciales describe la siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección J**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F5 Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

Si recibe una factura por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso de parte de ese proveedor de cuidado de la salud si usted siguió las reglas para recibir los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura. Describe las situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago.

- Si el servicio o el artículo que usted pagó está cubierto, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o del artículo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si usted aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de decisión de cobertura ha sido **aceptada**.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o artículo, y para explicarle por qué.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que recibió y pagó de su bolsillo, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **Denegamos** su apelación y **Medicare** habitualmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si esto ocurre, le enviaremos una carta.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si **Aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo no mayor de 60 días calendario.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”. Usted recibirá una carta que le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección J**.

Si **Denegamos** su apelación y Turquoise Care Plan habitualmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información, consulte la **Sección F4**.

Sección G Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que Turquoise Care Plan podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid, siga el proceso de la **Sección E** en la página 8-6.

Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección G1 Decisiones de cobertura y apelaciones sobre la cobertura de la Parte D de Medicare

A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan o
- No apliquemos una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como los límites sobre la cantidad que usted puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra “Lista de Medicamentos” y cree que usted cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea.
---	---	---	---



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) Comience con la Sección G2; luego consulte las Secciones G3 y G4.	Puede solicitarnos una decisión de cobertura. Consulte la Sección G4.	Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.) Consulte la Sección G4.	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.) Consulte la Sección G5.
--	---	---	---

Sección G2 Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deben explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir que cubramos un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o que eliminemos una restricción a un medicamento a veces se dice solicitar una “**excepción al formulario**”.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- Usted no puede obtener una excepción al copago requerido por el medicamento.

Sección G3 Información importante sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra **Lista de Medicamentos** suele incluir más de un medicamento para tratar una enfermedad específica. Se les llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo surte exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción.

Podemos Aceptar o Denegar su solicitud.

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección G4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al **1-866-393-0208**, TTY **711**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitar una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Guía para Miembros**.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo postal. También pueden informarnos al respecto por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo postal.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama **“determinación de cobertura rápida”**.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se vería gravemente afectada si usamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la concedemos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta, decidimos si se la concedemos.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta para informárselo. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted no obtuvo

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le hacemos un reembolso en un plazo no mayor de 14 días calendario.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección G5 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare se llama **“redeterminación”** del plan.

- Para iniciar su **apelación estándar o rápida**, llame al **1-866-393-0208**, TTY **711**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama **“redeterminación rápida”**.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no obtuvo, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información, consulte la **Sección G4**.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y examinamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
 - Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si usted no obtuvo el medicamento y si su estado de salud lo requiere. Si usted cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar con la rapidez que requiera su salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos pagarle en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Sección G6 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usa el proceso de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando **Denegamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión. Sin embargo, si no terminamos nuestra revisión en el plazo correspondiente, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación “en riesgo” conforme a nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la Entidad de Revisión Independiente.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” (“IRE”).

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones explican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.**

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si esta acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la organización **Acepta** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **En un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- **En un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su apelación por el reembolso del costo de un medicamento que usted compró.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días** calendario después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide alcanza un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide es menor que el mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es final. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta que le informa cuál es el valor monetario mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple el requisito, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Debe consultar la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección H **Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada**

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudan con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su **“fecha de alta”**.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección H1 Cómo se enterará de sus derechos de Medicare

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregarán un aviso por escrito llamado **“Mensaje Importante de Medicare”**. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se les admite en un hospital.

Si usted no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede llamar 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**.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o la persona que actúe en nombre de usted pueden firmar el aviso.
 - La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información sobre sus derechos. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, obtendrá otra copia antes de ser dado de alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame al Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Llame a Medicare 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**.
- Visite **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección H2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos verifican la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios de Medicare y ayudan a mejorarla. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

En New Mexico, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es ACENTRA. Llame al **1-888-315-0636**. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, a la medianoche del día de su fecha de alta programada.

- **Si usted llama antes de dejar el hospital**, puede quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que pague todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.
- **Si se le pasa el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, apele directamente ante nuestro plan en su lugar. Consulte la **Sección G4** para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, el Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, al **1-800-432-2080**.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta programada. La carta también le explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de alta es médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o 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**.) También puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/medicare/appeals-grievances/managed-care/notices-forms**.

En un plazo no mayor de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Es posible que sus servicios hospitalarios cubiertos tengan limitaciones.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 1 **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección H3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-315-0636**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección I Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata de tres tipos de servicios que usted podría estar recibiendo:

- Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio
- Cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.

Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección I1 Aviso antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “**Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**”. El aviso le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección I2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
 - Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, el Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, al **1-800-432-2080**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**

- Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y cómo comunicarse con esta.
- Pídale que revise su apelación y decida si debería cambiar la decisión de nuestro plan.

- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación de tramitación rápida”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el **“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”** que le enviamos.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información detallada sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o llame a Medicare 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**. U obtenga una copia en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI**.

Qué sucede durante una apelación de tramitación rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que termina la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es **“Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura”**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Los revisores le comunican su decisión en un plazo no mayor de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Es posible que sus servicios cubiertos tengan limitaciones.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga de su bolsillo el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios después de la fecha en que termine su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección I3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-315-0636**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si continúa con el cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Proporcionaremos cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.
- Se pueden aplicar limitaciones de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección J Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección J1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no alcanza un cierto valor monetario mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente sobre su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud para revisar la decisión de una Apelación de Nivel 3 que es favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **Deniega** nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Estatal Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar o Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal Estatal Federal.

Sección J2 Apelaciones adicionales de Turquoise Care Plan

Si su apelación es sobre servicios o artículos que habitualmente están cubiertos por Turquoise Care Plan, usted también tiene otros derechos de apelación. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección J3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede serle útil si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal Estatal Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar o Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal Estatal Federal.

Sección K Cómo presentar una queja

Sección K1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado de la salud y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	• Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	• Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Usted piensa que le están forzando a dejar nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Queja	Ejemplo
Accesibilidad y asistencia en otros idiomas	• Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o español). • Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	• Usted tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado. – Por ejemplo, esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener un medicamento con receta.
Limpieza	• Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	• Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	• Usted piensa que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación. • Usted piensa que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos. • Usted piensa que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Hay diferentes clases de quejas. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208** si se trata de quejas internas o a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** si se trata de quejas externas.

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

Sección K2 Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**. Puede presentar la queja en cualquier momento, A menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, usted debe presentarla **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que tuvo el problema por el que desea quejarse.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Cuando usted presente una queja, la trataremos lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomarnos 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.
- Si su queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. Si no aceptamos de manera total o parcial su queja, nuestra decisión por escrito explicará por qué no la aceptamos y le informará las opciones que usted pueda tener. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el **Capítulo 2** en “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico” o en “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus medicamentos con receta de la Parte D”.
- **Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato.** Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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 término legal para “queja rápida” es “queja formal rápida”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo no mayor de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo aproximado en el que recibirá la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección K3 Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. No es necesario que usted presente una queja ante UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está tratando su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Puede presentar su queja ante la División de Asistencia Médica (Medical Assistance Division, MAD) de la Autoridad de Cuidado de la Salud (HCA) de New Mexico: MADInfo.HSD@state.nm.us.

También puede presentar una queja formal ante UnitedHealthcare:

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Por teléfono ante Servicio al Cliente al **1-877-236-0826**, TTY **711**.
- Por Internet en **member.uhc.com/CommunityPlan**.
- Por correo postal a:
UnitedHealthcare Community Plan Turquoise Care Plan
Appeals and Grievances
P.O. Box 31364
Salt Lake City, UT 84131-0364
- Por fax: 1-801-994-1082
- Por correo electrónico: UHCCP_NM_AG@uhc.com

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, puede visitar <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA). Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, colaboramos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Si desea más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.

En New Mexico, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama ASURANCE. El número de teléfono de ASURANCE es el **1-888-315-0636**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo usted puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y Turquoise Care Plan siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan	277
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	278
Sección C	Cómo recibir los servicios de Medicare y de Turquoise Care Plan por separado.....	278
	Sección C1 Sus servicios de Medicare	278
	Sección C2 Sus servicios de Turquoise Care Plan.....	282
Sección D	Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan.....	282
Sección E	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan	283
Sección F	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	284
Sección G	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	284
Sección H	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan.....	284



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Dado que usted tiene Turquoise Care Plan, es posible que tenga algunas opciones para cancelar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho a inscribirse. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Sus requisitos de participación en Turquoise Care Plan o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado, o
- Recientemente se haya mudado a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos.

Su membresía termina el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo puede terminar su membresía, puede llamar:

- A Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. También se indica el número para los usuarios de TTY.
- A Medicare 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**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Encontrar la información en el manual **Medicare Y Usted 2025**.

NOTA: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección B Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no eligió un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay tres maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentar una solicitud por escrito ante nosotros o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción por Internet. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la página 9-4.
- Llame al Centro de Llamadas de New Mexico Medicaid al número gratuito **1-888-997-2583**, TTY **711**. En la Sección C a continuación, se incluyen los pasos que puede seguir para inscribirse en un plan diferente, con lo que también terminará su membresía en nuestro plan.

Sección C Cómo recibir los servicios de Medicare y de Turquoise Care Plan por separado

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid si decide dejar nuestro plan.

Sección C1 Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

1. Puede cambiarse a: Otro plan de salud de Medicare	Debe hacer lo siguiente: • Llame a Medicare 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. • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, el Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, al 1-800-432-2080, TTY 1-505-476-4937, de 7:45 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes. Para obtener más información, visite http://www.nmaging.state.nm.us. Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comienza la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente. Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.
---	---

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare	Debe hacer lo siguiente: • Llame a Medicare 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. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, el Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, al 1-800-432-2080, TTY 1-505-476-4937, de 7:45 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes. Para obtener más información, visite nmaging.state.nm.us. O • Inscribáse en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare. Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente. Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.
--	--

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

3. Puede cambiarse a: Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse. • Si usted cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos con receta de Medicare y está 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta acreditable, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.	Debe hacer lo siguiente: • Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción o visite nuestro sitio web para hacerlo por Internet. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio al Cliente. • Llame a Medicare 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. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud, el Programa de Asesoramiento sobre Beneficios de New Mexico, al 1-800-432-2080, TTY 1-505-476-4937, de 7:45 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña, de lunes a viernes. Para obtener más información, visite nmaging.state.nm.us Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente. Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.
---	--

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C2 Sus servicios de Turquoise Care Plan

Cuando cambia su inscripción en el programa Dual Complete, cambian sus opciones de cobertura de Medicare y de Medicaid. Si decide cambiar su cobertura de Medicare por alguna de las opciones de la Sección C1 del **Capítulo 10** anterior, se le inscribirá en Medicaid sobre la base de una tarifa por servicio.

Si necesita ayuda o más información sobre cómo recibir sus servicios de Turquoise Care Plan después de dejar nuestro plan, comuníquese con:

- El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de New Mexico, **1-800-432-2080**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 7:45 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información, visite <https://aging.nm.gov/consumer-elder-rights/aging-disability-resource-center-adrc/ship>.

El Servicio de Apoyo del Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) al **1-866-579-0095**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Sección D Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase cierto tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid. Durante este tiempo, usted sigue recibiendo el cuidado de su salud y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que termina su membresía en UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP), nuestro plan generalmente cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Sección E Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan

Debemos terminar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted deja de calificar para Medicaid. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si donde se mudará o viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Podemos obligarle a dejar nuestro plan por los siguientes motivos solamente si recibimos primero el permiso de Medicare y de Medicaid:

- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su UCard de miembro para recibir cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si terminamos su membresía por este motivo.)
- Si tiene la obligación de pagar la cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no la paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F **Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud**

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si usted piensa que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección G **Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan**

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Además, puede consultar el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Sección H **Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan**

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Sección A	Aviso sobre las leyes	288
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación	288
Sección C	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Turquoise Care Plan como pagador de último recurso	289
Sección D	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	289
Sección E	Responsabilidad civil del miembro	290
Sección F	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios.....	291
Sección G	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil	291
Sección H	Motivos de fuerza mayor	292
Sección I	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes.....	292
Sección J	Evaluación de la tecnología.....	292
Sección K	Declaraciones del miembro	293
Sección L	Información disponible a solicitud	293



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección M	Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2025	294
Sección N	Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red	295

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección A Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para Miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si la **Guía para Miembros** no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y Turquoise Care Plan. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

Sección B Aviso sobre antidiscriminación

No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, convicciones morales, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Debemos obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, que incluyen el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a One Albuquerque, la Oficina de Derechos Civiles, al **1-505-768-3000**.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

One Albuquerque, Office of Civil Rights
1 Civic Plaza
Albuquerque, NM 87102

- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección C Aviso sobre Medicare como segundo pagador y Turquoise Care Plan como pagador de último recurso

A veces, un tercero debe pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), nuestro plan, como Organización de Planes Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que Turquoise Care Plan sea el pagador de último recurso.

Sección D Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que la haya causado, debe notificarnos rápidamente dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta que establece lo que pagamos por los servicios que se prestaron en relación con la enfermedad o lesión. Si usted recupera una cantidad cualquiera de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa recuperación por los pagos que realizamos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

1. **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que el total restituido recibido de un tercero (la “cantidad restituida”), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a. **Primero:** Determine el índice de los costos de adquisición en relación con la cantidad restituida (el término “costos de adquisición” significa los gastos y costos legales en los que se incurrió para llegar a un acuerdo o fallo).
 - b. **Segundo:** Aplique el índice calculado anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
 - c. **Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El saldo es lo que debe reembolsarnos.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

2. **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, lo que debe reembolsarnos es el total restituido menos el total de los costos de adquisición.
3. Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a hacernos el reembolso. Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opone a hacernos el reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:
 - a. los pagos que realizamos en nombre de usted por los servicios; o
 - b. la cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta otorgarnos una cesión y un reclamo y un derecho de retención de cualquier cantidad restituida mediante una satisfacción de deuda, fallo o veredicto. Es posible que le exijamos oficiar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la cesión, el reclamo o el derecho de retención para constatar nuestro derecho a un reembolso, y usted acepta hacerlo.

Sección E Responsabilidad civil del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de proveedores de la red por servicios cubiertos tanto por Medicare como por Medicaid, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos.

Usted será responsable si recibe servicios de proveedores fuera de la red sin una autorización. Ni el plan, ni Medicare ni Turquoise Care Plan pagarán esos servicios, excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio durante un viaje (se debe recibir en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red, ni el plan, ni Medicare ni Turquoise Care Plan pagarán esos servicios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección F Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios conforme a Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia se consideran apropiadas para el servicio, en términos de si el servicio:
 1. Se presta según los estándares aceptados del ejercicio de la medicina para el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
 2. Se presta en un centro apropiado para la enfermedad y las necesidades médicas del paciente;
 3. Es indicado y prestado por personal calificado;
 4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
 5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

Sección G Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir el pago proveniente de la cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos de dicha cobertura cuando esté disponible. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos pedir un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o estatales. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para el cuidado de la salud excede dicha cobertura. Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para que obtengamos el pago de la compañía de seguros de

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

su cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.

Sección H Motivos de fuerza mayor

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores no están a su disposición para prestar los servicios de salud o hacer los arreglos necesarios para que sean prestados conforme a esta **Guía para Miembros** y Divulgación de Información, intentaremos hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos en la medida en que sea factible y según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendremos ninguna responsabilidad civil ni obligación por no prestar los servicios cubiertos o no hacer los arreglos necesarios para que sean prestados, o por demorarnos en hacerlo si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

Sección I Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre nosotros y los proveedores y hospitales de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados ni agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas.

Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas somos empleados ni agentes de los proveedores u hospitales de la red.

Sección J Evaluación de la tecnología

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para los Miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para comenzar a ser Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier copago, coseguro y deducible del miembro u otras contribuciones de pago que correspondan. Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del miembro en particular, la revisión de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

Sección K Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán afirmaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta **Guía para Miembros**, ni se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

Sección L Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Sección M Comunicación de parte de un miembro de casos de fraude y abuso en el año 2025

Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2025

El fraude es un asunto serio. ¿Qué es el fraude? El fraude consiste en hacer declaraciones o afirmaciones falsas de hechos importantes para obtener algún beneficio o pago al que, de lo contrario, no se tendría derecho. Un ejemplo de fraude en el caso de los miembros es declarar falsamente que viven en New Mexico cuando viven fuera de los límites de New Mexico.

Cómo puede combatir el fraude relacionado con el cuidado de la salud

Nuestra compañía tiene el compromiso de prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso en los programas de Medicare y Medicaid y, para eso, le pedimos su ayuda. Si usted identifica un posible caso de fraude, avisenoslo inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude:

- Un proveedor de cuidado de la salud –como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos médicos– le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un distribuidor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208 (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 llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude de New Mexico al **1-800-228-4802**.

Esta línea directa le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza de que nuestra organización no tomará ninguna medida en contra de usted por denunciar de buena fe un posible caso de fraude.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208, 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**.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) por teléfono al **1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)** o directamente ante el programa Medicare si llama al **1-800-633-4227**. El número de fax de Medicare es el **1-717-975-4442** y el sitio web es **es.medicare.gov**.

Sección N Cómo se remunera generalmente a los proveedores de nuestra red

Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones:

1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de denegación de la cobertura;
2. No ofrecen incentivos a médicos ni a otros profesionales de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y
3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda la **Guía para Miembros**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Administrador de beneficios de medicamentos con receta: Organización externa de medicamentos con receta responsable de procesar y pagar reclamos de medicamentos con receta, desarrollar y mantener el formulario, y negociar descuentos y rebajas con fabricantes de medicamentos.

Apelación: Manera en la que usted cuestiona nuestra forma de actuar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS): Ayudan a mejorar una enfermedad a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo incluye servicios en la comunidad y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF). Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo están disponibles para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros. Para obtener más información sobre los Apoyos y Servicios a Largo Plazo, llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**.

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que pidió.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Audiencia Imparcial: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia Imparcial. Si la Audiencia Imparcial se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que pidió.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o de un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar Intercambiable”).

Biosimilar Intercambiable: Un biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Cargo de Suministro: Cargo que se cobra cada vez que se suministra un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta. El cargo de suministro cubre costos como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de cuidados paliativos: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Un pronóstico terminal se refiere a que una persona tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros** explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Clínica sin previa cita: Sitio donde los proveedores generalmente atienden sin requerir una cita y que puede ser un sitio independiente o estar ubicado en un supermercado, una farmacia o una tienda minorista. Los servicios de las Clínicas Sin Previa Cita están sujetos al mismo costo compartido que los Centros de Cuidado de Urgencia. (Consulte la Tabla de Beneficios Médicos en el **Capítulo 4**.)

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa las apelaciones de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador del cuidado de la salud: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Copago: Cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos con receta. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento con receta.

Coseguro: Lo que posiblemente tenga que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20%), como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta. Como miembro, usted no tiene coseguro, pero debe seguir pagando las primas de Medicare, si tiene Medicare.

Costo compartido: Lo que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos servicios o medicamentos con receta. El costo compartido incluye los copagos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Cuidado de asistencia médica a domicilio: Cuidado de enfermería especializada y ciertos otros servicios para el cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se indican en la Tabla de Beneficios Médicos de la **Sección D** del **Capítulo 4** bajo el título “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”. Si usted necesita servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio, nuestro Plan los cubrirá siempre que se cumplan los requisitos de cobertura de Medicare o de Turquoise Care Plan. El cuidado de asistencia médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de asistencia médica a domicilio si los servicios forman parte del plan de cuidado de asistencia médica a domicilio indicado para su enfermedad o lesión. No están cubiertos, a menos que usted también reciba un servicio especializado cubierto. Los servicios de asistencia médica a domicilio generalmente no incluyen los servicios de limpieza de la casa, los arreglos para servicios de alimentos ni el cuidado de enfermería de tiempo completo en el domicilio.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Cuidados paliativos: Una manera especial de cuidar a personas que tienen una enfermedad terminal y de proporcionar asesoramiento a sus familiares. Los cuidados paliativos consisten en cuidados físicos y asesoramiento a cargo de un equipo de personas que forman parte de una compañía privada o una agencia pública certificadas por Medicare. Según la situación, estos cuidados pueden prestarse en el domicilio, en un centro de cuidados paliativos, en un hospital o en un asilo de convalecencia. Los cuidados paliativos tienen el propósito de ayudar a los pacientes durante sus últimos meses de vida al aliviar el dolor y dar comodidad.

El enfoque se centra en cuidar al paciente, no en curarle. Para obtener más información sobre los cuidados paliativos, visite es.medicare.gov y, en “Herramientas de búsqueda”, elija “Buscar una publicación de Medicare” para ver o descargar la publicación “Medicare y los Beneficios de Hospicio”. O llame al **1-800-633-4227**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Deducible: Lo que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que pague nuestro plan. Como miembro, usted no tiene ningún deducible.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o limitación grave de una función corporal (y, si está embarazada, la pérdida de un feto).

Los síntomas médicos pueden ser un problema de salud, una lesión, dolor grave o una enfermedad que está empeorando rápidamente.

Equipo de cuidado de la salud: Consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT) (o Equipo de cuidado de la salud): Un equipo de cuidado de la salud puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite. Su equipo de cuidado de la salud también le ayuda a elaborar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Estadía en el hospital como paciente hospitalizado: Estadía en el hospital cuando usted ha sido formalmente admitido en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”.

Estudio de investigación clínica: Forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos, piden voluntarios que participen en el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método funciona y si es seguro.

Evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA): Revisión de su historial médico y de su estado actual. Se usa para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Excepción: Tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). Usted también puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que usted pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan requiere una preautorización para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosificación del medicamento que usted está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación del saldo: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente más que el costo compartido permitido del plan. Como miembro de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP), usted solamente tiene que pagar los costos compartidos permitidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores de la red le “facturen el saldo” ni que de otra manera le cobren más que el costo compartido que su plan indica que usted debe pagar. En algunos casos, los proveedores fuera de la red pueden facturarle el saldo por servicios cubiertos. Si usted obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no acepta la asignación de Medicare, usted será responsable del costo compartido del plan, más cualquier diferencia entre lo que le pagamos al proveedor y el cargo límite de Medicare.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestro costo compartido del plan por los servicios. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente.

Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Farmacia que aceptó surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Guía para Miembros y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma enfermedad que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Indicación medicamento aceptada: Uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o que cuenta con el respaldo de ciertas fuentes de referencia, como American Hospital Formulary Service Drug Information y Micromedex DRUGDEX Information System.

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa las apelaciones de Nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos con receta y sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la **Lista de Medicamentos** se le llama “formulario”.

Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Servicio o grupo definido de servicios prestados por proveedores de cuidado de la salud, incluidos los farmacéuticos, para asegurar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

Medicamento necesarios: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Medicamento de marca: Medicamento con receta que elabora y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos habitualmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con y sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes Medicare Advantage a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare. Un Plan Medicare Advantage puede ser i) un plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) un plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un plan Privado de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o de una Organización de Proveedores Preferidos también puede ser un Plan para Personas con Necesidades Especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos con receta). A estos planes se les llama Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos con Receta.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): Beneficiario de Medicare que cumple los requisitos para recibir los servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama “personas con elegibilidad doble”.

Multa por Inscripción Tardía en la Parte D: Cantidad que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted está sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) durante un período de 63 días consecutivos o más después de que usted cumple los requisitos por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D. Si usted pierde el programa Ayuda Adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si está 63 días consecutivos o más sin cobertura de medicamentos con receta de la Parte D u otra cobertura de medicamentos con receta acreditable.

Ombudsman: Oficina de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Usted puede encontrar más información en los

Capítulos 2 y 9 de su **Guía para Miembros**.

Organización de revisión independiente (independent review organization, IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de Nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO):

Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal le paga a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Para obtener información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún se le podría considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Período de beneficios: Forma en que Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (ni cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Persona con elegibilidad doble: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Turquoise Care Plan.

Plan de cuidado: Consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.

Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) (o Plan de Cuidado): Plan que describe qué servicios usted recibirá y la forma en que los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Plan de una Organización de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organization, PPO): Plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan de una Organización de Proveedores Preferidos debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido de los miembros generalmente será mayor cuando los beneficios del plan se reciban de proveedores fuera de la red. Los planes de una Organización de Proveedores Preferidos tienen un límite anual en los gastos de su bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores dentro de la red (preferidos) y un límite mayor en el total de gastos de su bolsillo combinados por los servicios de los proveedores dentro de la red (preferidos) y de los proveedores fuera de la red (no preferidos).

Plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se les conoce como personas con elegibilidad doble y beneficios completos.

Plan para Personas con Necesidades Especiales: Tipo especial de Plan Medicare Advantage que proporciona cuidado de la salud más especializado para grupos específicos de personas, por ejemplo, quienes tienen tanto Medicare como Medicaid, quienes viven dentro de un asilo de convalecencia o quienes tienen ciertas enfermedades crónicas.

Plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como de Medicaid. Nuestro plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Preautorización (Prior Authorization, PA): Para servicios médicos, significa un proceso en el cual su proveedor de cuidado primario o proveedor tratante debe recibir preaprobación antes de que se presten o paguen ciertos servicios médicos. Para ciertos medicamentos, significa un proceso en el cual usted o su proveedor debe recibir preaprobación antes que se proporcionen o paguen ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan una preautorización se indican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan una preautorización se indican en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web. En la parte de la red de una Organización de Proveedores Preferidos, algunos servicios médicos dentro de la red solamente están cubiertos si su médico u otro proveedor de la red obtiene la “preautorización” de nuestro plan. En una Organización de Proveedores Preferidos, usted no necesita una preautorización para obtener servicios fuera de la red. Sin embargo, sería conveniente que consulte con el plan antes de obtener servicios de proveedores fuera de la red para confirmar que el servicio esté cubierto por su plan y cuál es su responsabilidad de costo compartido.

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de cuidado de la salud por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto Biológico: Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. (Consulte también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Producto Biológico Original: Producto biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.

Programa Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Programa de administración de medicamentos (drug management program, DMP): Programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso.

Programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP): Programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program for All-inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa que cubre los beneficios combinados de Medicare y de Medicaid para las personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su domicilio. Las personas inscritas en planes del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores reciben sus beneficios tanto de Medicare como de Medicaid a través del plan. Este programa no está disponible en todos los estados. Si desea saber si está disponible en su estado, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**.

Programa de Descuento de Fabricantes: Programa en el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura de Medicare: Programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros inscritos en la Parte D que han llegado a la Etapa Sin Cobertura y que no están recibiendo ya el programa “Ayuda Adicional”. Los descuentos se establecen mediante acuerdos alcanzados entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos. Por esta razón, la mayoría de los medicamentos de marca, aunque no todos, tienen descuento.

Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Programa de salud estructurado para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud y que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable.

- También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y que le refiera a ellos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de cuidado primario antes de usar cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar una cantidad adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** explica los proveedores o centros fuera de la red.

Proveedores: Médicos y otros profesionales de cuidado de la salud con licencia del estado para proporcionar cuidado y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de cuidado de la salud.

Queja: El nombre formal para presentar una queja es presentar una queja formal. El proceso de queja se usa solamente para ciertos tipos de problemas. Por ejemplo, problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los períodos del proceso de apelación.

Queja formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o la calidad del servicio prestado por su plan de salud. No incluye disputas sobre cobertura ni pago.

Referencia: Aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para usar otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de su **Guía para Miembros**.

Salud del Comportamiento: Término que engloba todos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicio al Cliente: Departamento de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener más información sobre Servicio al Cliente, consulte el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A de Medicare y la Parte B de Medicare. El término Servicios Cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los dentales o de servicios para la vista o la audición, que un plan Medicare Advantage puede ofrecer.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Si desea más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**.

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios Requeridos de Urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, según su hora, lugar y circunstancias, obtener este servicio de proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o brotes inesperados de enfermedades existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los exámenes médicos anuales, no se consideran requeridas de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red del plan no esté disponible temporalmente.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.

Turquoise Care Plan (Medicaid): Este es el nombre del programa de Medicaid de New Mexico. Turquoise Care Plan es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. El programa ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según la jurisdicción, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos.

Umbral de Gastos de su Bolsillo: Máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-393-0208**, 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**.

Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP):



myuhc.com/CommunityPlan



Llame al **1-866-393-0208**

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.

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



Escriba a: **UHC Community Plan**

P.O. Box 30769

Salt Lake City, UT 84130-0769