



# Guía de Inscripción 2026

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

H2226-001-000  
H2226-003-000

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

**United  
Healthcare®  
Community Plan**

**SCO**  
Senior Care Options  
Medicare Advantage



MA-Y001 QMB+, SLMB+  
MA-Y002 QMB+, SLMB+ for nursing certifiable population

# Independientemente de lo que suceda en el futuro, UnitedHealthcare ofrece cobertura de Medicare en la que puede confiar durante toda su vida

Usted tiene planes. Nosotros también. Los planes de Medicare de UnitedHealthcare ofrecen una cobertura confiable diseñada para apoyar su salud dondequiera que la vida lo lleve. Nuestra amplia red nacional de proveedores incluye médicos y especialistas de todo el país, y 9 de cada 10 miembros de Medicare pueden seguir consultando a los médicos que conocen y en los que confían. Una manera más en la que estamos aquí para apoyar su salud — en todo momento.

Después de todo, es posible que no siempre sepa qué sucederá después, pero puede contar con UnitedHealthcare para que esté a su disposición desde el momento en que elige su plan hasta los momentos más importantes.

## Sepa por qué 4 de cada 5 miembros volverían a elegir UnitedHealthcare para su cobertura de Medicare

“Realmente agradezco toda la ayuda que recibí de UnitedHealthcare. UnitedHealthcare es la compañía que mejor se adapta a mis necesidades”.

— **Karen K., Miembro de UnitedHealthcare Medicare Advantage**

“Se necesita una compañía de seguros sólida que brinde respaldo y cubra lo que haya que cubrir, y UnitedHealthcare lo hace”.

— **Mary M., Miembro de UnitedHealthcare Complete Care**

Respuestas de los miembros de Medicare según la encuesta Human8, mayo de 2025.

H2226\_INTRO\_2026\_C SP  
UHCSO\_INTRO\_H2226\_2026

CSMA26HM0353820\_000



# Obtenga todos sus beneficios médicos en un solo plan



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

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



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



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



**Algunos servicios requieren una referencia de su médico.** Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios.



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



**Este plan incluye Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI),** que les permiten a los miembros que cumplen los requisitos—cuya enfermedad es verificada por su proveedor—utilizar créditos del plan para pagar alimentos saludables y servicios públicos, junto con artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y otros productos de apoyo para el bienestar.



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



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

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

**Escanee este  
código para  
consultar la Lista  
de Medicamentos**



# Beneficios Importantes

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

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

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Las cantidades indicadas son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Guía para Miembros. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

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

### Beneficios del plan

#### Visita al consultorio médico

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

Especialista	\$0 (se necesita una referencia)
--------------	----------------------------------

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

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

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

<b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b> (la estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)	\$0 por día, días 1 a 100
--	---------------------------

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

## Beneficios del plan

### Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

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

### Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	\$0
Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	\$0

### Suministros para el control de la diabetes

\$0 para las marcas que tienen cobertura

### Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])

\$0

### Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)

\$0

### Servicios de laboratorio

\$0

### Radiografías para pacientes ambulatorios

\$0

### Ambulancia

\$0 por transporte terrestre o aéreo

### Cuidado de emergencia

\$0 (mundial)

### Servicios requeridos de urgencia

\$0 (mundial)

## Servicios y Beneficios que Sobrepasan los de Medicare Original

### Acupuntura

\$0

### Servicios de salud diurnos para adultos

\$0

<b>Cuidado temporal de adultos (AFC)/ Cuidado temporal de adultos en grupo (GAFC)</b>	\$0
<b>Servicios quiroprácticos/Cuidado quiropráctico</b>	\$0
<b>Beneficios dentales de rutina Servicios preventivos e integrales</b>	<p>\$0 de copago por los servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes y dentaduras postizas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sin deducible anual</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una amplia red de proveedores dentales</li> </ul>
<b>Programa de acondicionamiento físico</b>	<p>\$0</p> <p>Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales y de primera categoría</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li><input type="checkbox"/> Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Actividades para ejercitar la memoria por Internet</li> </ul>
<b>Cuidado de los pies Cuidado de los pies de rutina (cubierto por Medicaid)</b>	\$0
<b>Coordinación de servicios de apoyo geriátrico (GSSC)</b>	\$0
<b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>	\$0, 1 por año
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	<p>\$125 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para miembros que califiquen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más</li> <li><input type="checkbox"/> Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li> <li><input type="checkbox"/> Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Obtenga apoyo para el bienestar que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más</li> </ul>
<b>Servicios de un asistente para el cuidado personal</b>	\$0
<b>Transporte</b>	<p>\$0 por un número ilimitado de viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias.</p> <p>Además, 10 viajes en una sola dirección cada mes, desde y hacia sitios adicionales aprobados, incluso supermercados, despensas de alimentos, gimnasios y servicios de capacitación laboral.</p>
<b>Servicios para la vista – Artículos para la vista de rutina</b>	<p>\$0</p> <p>El plan paga hasta \$300 cada año para la compra de 1 par de marcos (con lentes estándar totalmente cubiertos) o lentes de contacto (es posible que exista un costo adicional por el ajuste y la evaluación) a través de proveedores de la red.</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos).</p> <p>Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red.</p>
<b>Servicios para la Vista - Examen de la vista de rutina (por encima de los beneficios regulares cubiertos por Medicaid)</b>	\$0, 1 por año

<b>Medicamentos con receta</b>	
<b>Deducible</b>	\$0
<b>Cobertura de medicamentos</b>	<b>Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red</b>

## Medicamentos con receta

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

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

Escanee este código para  
ver su Resumen de  
Beneficios



El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí.

UHC Senior Care Options es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.

H2226\_MABH\_2026v2\_SP\_M H2226001000\_H2226003000  
UHCSCO\_MABH\_2026\_SP\_M H2226001000\_H2226003000

CSMA26HM0336007\_001



# Resumen de Beneficios 2026

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

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

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



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



Número gratuito **1-888-867-5511**, TTY **711**

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

United  
Healthcare®  
Community Plan

SCO  
Senior Care Options  
Medicare Advantage



H2226\_001\_000\_H2226\_003\_000\_2026\_M SP  
UHCSCO\_SB\_H2226\_001\_000\_H2226\_003\_000\_2026\_M SP

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Senior Care Options MA-Y001 (HMO D-SNP) y UHC Senior Care Options NHC MA-Y002 (HMO D-SNP) (UHC Senior Care Options). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Senior Care Options. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**, conocida también como la **Evidencia de Cobertura**.

## Índice

A.	Exenciones de responsabilidad .....	3
B.	Preguntas frecuentes (FAQ) .....	6
C.	Lista de servicios cubiertos .....	11
D.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Senior Care Options.....	20
E.	Servicios que no cubre UHC Senior Care Options, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid) .....	21
F.	Sus derechos como miembro del plan .....	22
G.	Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado.....	24
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....	24
I.	Qué puede hacer si desea recibir ayuda independiente con una queja o un problema .....	25

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

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Senior Care Options del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Si no tiene una **Guía para Miembros**, llame a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options al número que se encuentra al final de esta página para solicitar una copia o consúltela en Internet en [es.UHCCommunityPlan.com](http://es.UHCCommunityPlan.com).

- UHC Senior Care Options es un un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP), que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona mayor de 65 años que califique para el programa MassHealth (Medicaid) y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.
- Con UHC Senior Care Options, usted puede recibir sus servicios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) en un solo plan de salud llamado Senior Care Options. Un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UHC Senior Care Options le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual Medicare Y Usted. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](http://es.medicare.gov)) o solicitarlo por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para obtener más información sobre el programa MassHealth (Medicaid), puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman por teléfono al 1-855-781-9898 (número gratuito), los usuarios de video-teléfono (videophone, VP) pueden llamar al (339) 224-6831, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.
- Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según si recibe o no el programa Ayuda Adicional. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. Los miembros no tienen gastos de su bolsillo. Los miembros de SCO tienen \$0 de costo.
- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.
- La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

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

- Para obtener más información sobre **Medicare**, usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)) o solicitarlo por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener más información sobre el **programa MassHealth (Medicaid)**, llame al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648.
- **ATTENTION:** If you speak Spanish, Chinese, Vietnamese, or Russian, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-867-5511 (TTY 711), 8 a.m.–8 p.m. local time, 7 days a week. The call is free.
- **Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, chino, vietnamita o ruso, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-888-867-5511 (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- **Chinese:** 請注意：如果您講西班牙語、中文、越南語或俄羅斯語，可免費向您提供語言協助服務。請致電 1-888-867-5511（聽力語言殘障服務專線 711），每週 7 天，當地時間上午 8 時至晚上 8 時。以上為免付費電話。
- **Vietnamese:** XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Tây Ban Nha, Trung, Việt, hoặc Nga, chúng tôi cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ, miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi **1-888-867-5511 (TTY 711)**, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo giờ địa phương, 7 ngày trong tuần. Cuộc gọi này là miễn phí.
- **Russian:** ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на испанском, китайском, вьетнамском или русском языке, мы можем предложить вам бесплатные услуги перевода. Звоните по телефону **1-888-867-5511 (линия ТТУ: 711)**, ежедневно с 8 часов утра до 8 часов вечера по местному времени. Звонок бесплатный.
- Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al 1-888-867-5511 y TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con [es.Medicare.gov](https://www.medicare.gov) o al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones.

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

- El programa del Ombudsman de Massachusetts ayuda a las personas inscritas en el programa MassHealth (Medicaid) con problemas de servicio o facturación. Puede ayudarle a presentar una queja formal o una apelación ante nuestro plan. El programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (Long Term Care, LTC) ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares. Para comunicarse con cualquiera de estos programas, llame al: 1-855-781-9898 (número gratuito), videoteléfono (para personas sordas y con limitaciones auditivas): 1-339-224-6831 (para llamar a este número, se necesita un equipo de teléfono especial). También puede escribirles por correo electrónico a: [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org) o a su oficina en 25 Kingston St 4th floor, Boston, MA 02111. La oficina tiene acceso para silla de ruedas. También puede obtener información en su sitio web: [myombudsman.org](http://myombudsman.org).
- Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare Senior Care Options, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros** para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- **Beneficios dentales de rutina:** Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local. El tamaño de la red dental se basa en Zelis Network360, mayo de 2025.
- **Programa de acondicionamiento físico:** El beneficio de acondicionamiento físico y su red de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. No todos los planes ofrecen acceso a centros de primera categoría. 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.
- **Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar:** Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), alimentos y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Ciertos servicios de apoyo para el bienestar son prestados por terceros no afiliados a UnitedHealthcare y la participación podría estar sujeta a su aceptación de las condiciones y normas respectivas de los terceros. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados por terceros.

Es posible que los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. Los miembros no tienen gastos de su bolsillo.

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

## B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es un Plan Senior Care Options?</b></p>	<p>Un Plan Senior Care Options (SCO) es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias y proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con Coordinadores del Cuidado de la Salud y Coordinadores de Servicios de Apoyo Geriátrico (Geriatric Support Services Coordinators, GSSC) para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores, servicios y apoyos. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite. UHC Senior Care Options es un Plan SCO que proporciona los beneficios del programa MassHealth (Medicaid) y de Medicare a los miembros del programa SCO.</p> <p>Nuestro Plan NHC es para adultos de edad avanzada mayores de 65 años que están inscritos en las Partes A y B de Medicare y en la cobertura del programa MassHealth (Medicaid), que no tienen ningún otro seguro de salud integral y que viven en una institución o que están en la comunidad, pero reciben servicios de apoyo a domicilio y en la comunidad porque tienen déficits funcionales. Estos servicios ayudan a las personas que normalmente califican para un asilo de convalecencia (certificables para Asilo de Convalecencia) a permanecer de forma segura en su domicilio.</p>
<p><b>En UHC Senior Care Options, ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) que recibo ahora? (continúa en la página siguiente)</b></p>	<p>Usted recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) directamente de UHC Senior Care Options. Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su equipo de cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal como el Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios para el Desarrollo.</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Senior Care Options, usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Plan of Care, ICP) que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>En UHC Senior Care Options, ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) que recibo ahora? (continuación de la página anterior)</b></p>	<p>Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Senior Care Options normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Senior Care Options cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para todos los demás servicios, usted puede seguir usando sus médicos y seguir recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que su Plan de Cuidado Individualizado esté completo. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.</p> <p>Si se encuentra en el período de 60 días de nuestro plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, su cobertura del programa MassHealth (Medicaid) puede terminar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando su cobertura del programa MassHealth (Medicaid) termine, no pagaremos sus beneficios del programa MassHealth (Medicaid), ni siquiera el costo compartido de Medicare. Los costos compartidos de Medicare por los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período.</p> <p>Le ayudaremos a intentar recuperar su categoría de participación en el programa MassHealth (Medicaid). Si se restablece su categoría de participación en el programa MassHealth (Medicaid) mientras usted aún esté inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios del programa MassHealth (Medicaid) y su inscripción con nosotros continuará. Si usted recupera su categoría de participación en el programa MassHealth (Medicaid) después de que cancelemos su inscripción en nuestra cobertura de Medicare, deberá comunicarse para reinscribirse con nosotros.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Puedo visitar a los mismos médicos que uso ahora?</b></p>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Senior Care Options y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. <b>Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Senior Care Options.</b> Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos.</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC Senior Care Options.</li> </ul> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el <b>Directorio de Proveedores</b> de UHC Senior Care Options en el sitio web del Plan en <b>es.UHCCommunityPlan.com</b>.</p> <p>Si es nuevo en UHC Senior Care Options, colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</p>
<p><b>¿Qué es un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UHC Senior Care Options?</b></p>	<p>Un administrador o coordinador del cuidado de la salud de UHC Senior Care Options es la persona principal con la que usted debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.</p>
<p><b>¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?</b></p>	<p>Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC)?</b></p>	<p>Un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico de UHC Senior Care Options es la persona con la que usted se comunica, que integra su equipo de cuidado de la salud y que es experta en apoyos y servicios a domicilio y en la comunidad. Esta persona le ayuda a recibir servicios que le permiten vivir de manera independiente en su domicilio.</p>
<p><b>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Senior Care Options puede prestarlo?</b></p>	<p>Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Senior Care Options pagará el costo de un proveedor fuera de la red.</p>
<p><b>¿Dónde está disponible UHC Senior Care Options?</b></p>	<p>El área de servicio de este plan incluye: Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, Worcester Counties, Massachusetts. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.</p>
<p><b>¿Qué es una preautorización?</b></p>	<p>Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Senior Care Options para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, <b>antes</b> de recibir los servicios. Si usted o su proveedor no obtienen la preautorización, es posible que UHC Senior Care Options no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p><b>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.</b> UHC Senior Care Options puede proporcionarle a usted o su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Senior Care Options antes de que se preste el servicio. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.</p>

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
<p><b>¿Qué es una referencia?</b></p>	<p>Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su proveedor de cuidado primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su proveedor de cuidado primario, es posible que UHC Senior Options no cubra los servicios. UHC Senior Care Options puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su proveedor de cuidado primario antes de que se preste el servicio.</p> <p>No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.</p> <p>Consulte la <b>Guía para Miembros</b> si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario.</p>
<p><b>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Senior Care Options?</b></p>	<p>No. Dado que usted tiene el programa MassHealth (Medicaid), no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.</p>
<p><b>¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Senior Care Options?</b></p>	<p>No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Senior Care Options.</p>
<p><b>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Senior Care Options?</b></p>	<p>En UHC Senior Care Options, no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0.</p> <p>Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red. El máximo de gastos de su bolsillo excluye primas, costos de medicamentos con receta y beneficios sin cobertura de Medicare.</p>

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

### C. Lista de servicios cubiertos

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios
<b>Usted necesita cuidado hospitalario</b>	Estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. Su proveedor tendrá que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted desea consultar a un médico (continúa en la página siguiente)</b>	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de especialistas	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Se requiere una referencia.
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	Los exámenes médicos de rutina anuales se limitan a uno por cada año calendario.
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales y contra la COVID-19, y pruebas de detección del cáncer	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios
<b>Usted desea consultar a un médico (continuación)</b>	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	\$0	Con cobertura solamente dentro de los primeros 12 meses en los que tiene la Parte B de Medicare.
	Transporte a un consultorio médico	\$0	
<b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	<b>Hay cobertura mundial disponible. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.</b> Usted puede usar cualquier sala de emergencias, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.
	Cuidado de urgencia	\$0	<b>Hay cobertura mundial disponible. Usted paga \$0 como miembro del Programa Senior Care Options.</b> Puede usar cualquier centro de cuidado de urgencia, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.
<b>Usted necesita exámenes médicos</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Examen de detección, como prueba para detectar el cáncer	\$0	

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios
<b>Usted necesita servicios para la audición</b>	Exámenes de audición	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Los exámenes de audición de rutina no requieren autorización.
	Aparatos auditivos	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita cuidado dental</b>	Servicios preventivos e integrales	\$0	Servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes y dentaduras postizas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin deducible anual</li> <li>• Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes</li> </ul> Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita cuidado de la vista</b>	Exámenes de la vista	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	El plan paga hasta \$300 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están cubiertos en su totalidad. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de UnitedHealthcare Vision (solo productos selectos).
	Otro cuidado de la vista	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita servicios de salud del comportamiento</b>	Servicios de salud del comportamiento	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan cuidado de la salud del comportamiento	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias</b>	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle</b>	Cuidado de enfermería especializada	\$0	Hasta 100 días por cada año calendario. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado Temporal para Adultos y Cuidado Temporal para Adultos en Grupo	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Se requiere una referencia.
<b>Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios de ambulancia	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	\$0	Disponible en todo el mundo y en los Estados Unidos y sus territorios sin autorización.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios
<p><b>Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud (continuación)</b></p>	<p>Transporte a citas y servicios médicos</p>	<p>\$0</p>	<p>Número ilimitado de viajes en una sola dirección desde o hacia citas relacionadas con el cuidado médico aprobadas y la farmacia en Commonwealth of Massachusetts. El transporte fuera del estado requiere una preautorización. Es necesario hacer reservas. El servicio es prestado por SafeRide®.</p>
	<p>Transporte a otros servicios</p> <p>El transporte de rutina no se debe usar en emergencias</p>	<p>\$0</p>	<p>Se limita a 10 viajes en una sola dirección por cada mes.</p>
<p><b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o proceso</b></p>	<p>Medicamentos de la Parte D de Medicare</p> <p>Nivel 1: Genéricos Preferidos</p> <p>Nivel 2: Genéricos</p> <p>Nivel 3: De Marca Preferidos</p> <p>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos</p> <p>Nivel 5: De Especialidad</p>	<p>\$0 por un suministro de 30 días.</p>	<p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la <b>Guía para Miembros</b>.</p> <p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UHC Senior Care Options.</p> <p>En farmacias minoristas o farmacias de pedidos por correo, hay suministros extendidos de días disponibles sin costo adicional para usted.</p> <p>Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D.</p>

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>	Servicios de rehabilitación	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	Se requiere preautorización para cierto equipo médico. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.
	Servicios de diálisis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría	\$0	Seis visitas de cuidado de los pies de rutina y todas las visitas que sean médicamente necesarias. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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

Usted paga un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D.

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<p><b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b></p> <p><b>Nota:</b> Esta no es una lista completa del equipo médico duradero cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el <b>Capítulo 4</b> de la <b>Guía para Miembros</b>.</p>	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	Se requiere preautorización para cierto equipo médico. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.
	Nebulizadores	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo de oxígeno y suministros	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
<p><b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio</b></p>	Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	\$0	Se requiere preautorización para ciertos servicios a domicilio. Consulte a su administrador o coordinador del cuidado de la salud para determinar si se requiere preautorización.
	Servicios de salud diurnos para adultos u otros servicios de apoyo	\$0	Usted debe obtener una preautorización de su Plan de Salud.
	Servicios de habilitación diurnos	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios para ayudarlo a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios
<b>Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios quiroprácticos	\$0	Hasta 20 visitas sin autorización
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. Su plan no cubre otras marcas.  Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.
	Programa de acondicionamiento físico	\$0	Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía gratuita a un gimnasio en centros principales y de primera categoría</li> <li>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li>• Actividades en Internet para el mantenimiento de la memoria</li> </ul>

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	\$0	<p>\$125 de crédito mensual para productos de venta sin receta (OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y mucho más</li> <li>• Compre alimentos saludables como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</li> <li>• Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li> <li>• Pague servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet</li> <li>• Reciba apoyo para el bienestar, que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más</li> </ul>
	Servicios de prótesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Radioterapia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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

<b>Problema o necesidad de salud</b>	<b>Servicios que podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios) — los servicios deben ser médicamente necesarios</b>
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Visitas virtuales médicas	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.
	Visitas virtuales de salud del comportamiento	\$0	Consulte a proveedores de telesalud de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.

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

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

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

<b>Otros servicios cubiertos por Medicare o el programa MassHealth (Medicaid)</b>	<b>Sus costos</b>
Ciertos servicios de cuidados para enfermos terminales cubiertos fuera de UHC Senior Care Options	\$0
Rehabilitación psicosocial	Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).
Administración de casos dirigida a grupos específicos	Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).
Habitación y comida en casa de reposo	Llame al Departamento de Ayuda para la Transición para obtener más información.

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

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

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

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

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

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

## F. Sus derechos como miembro del plan

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

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Recibir información en otros formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios (los miembros de SCO no tienen gastos de su bolsillo)
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento del año
  - Elegir un Coordinador de Servicios de Apoyo Geriátrico (GSSC)
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión. UHC Senior Care Options pagará el costo de su visita de segunda opinión
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en Instrucciones por Anticipado

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

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir oportunamente cuidado médico para los servicios cubiertos dentro de los plazos descritos en la **Guía para Miembros** y presentar una apelación si no recibe el cuidado dentro de esos plazos.
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos, con otros proveedores y con su plan de salud. Si necesita ayuda con este servicio, llame al **1-888-867-5511**.
  - Recibir su **Guía para Miembros** y cualquier material impreso de UHC Senior Options traducidos en su idioma prevaleciente, o que le lean estos materiales en voz alta si usted tiene dificultad para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a solicitud y sin cargo.
  - Estar libre de cualquier forma de restricción física o reclusión usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia
  - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal
  - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
  - Presentar una queja ante el programa MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-497-4648. El sitio web de UHC Senior Care Options **es.UHCCommunityPlan.com** ofrece formularios para quejas e instrucciones disponibles en Internet.
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por el programa MassHealth (Medicaid) o nuestros proveedores.
  - Solicitar una Audiencia Estatal
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Para presentar quejas/quejas formales o apelaciones médicas:**

UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department  
PO Box 6103 MS CA120-0360  
Cypress, CA 90630-0023

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

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

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

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

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

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

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

## I. Qué puede hacer si desea recibir ayuda independiente con una queja o un problema

El programa My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con SCO. Puede comunicarse con el programa My Ombudsman para obtener información o ayuda. Los servicios del programa My Ombudsman son gratuitos. El personal de este programa:

- puede responder sus preguntas o referirle al lugar adecuado para que usted encuentre lo que necesite.
- puede ayudarle a tratar un problema o una inquietud con SCO o con su plan SCO, UHC Senior Care Options. El personal del programa My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan SCO, al programa MassHealth (Medicaid) o a Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El personal del programa My Ombudsman puede explicarle cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Usted puede llamar o escribir al programa My Ombudsman, o visitar la oficina del programa.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
  - Use 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla.
  - Use videoteléfono (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades de audición.
- Envíe un correo electrónico a [info@myombudsman.org](mailto:info@myombudsman.org)
  - Escriba a la oficina del programa My Ombudsman o visítela en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111 o Para obtener información actualizada sobre la dirección y el horario de atención sin cita previa, consulte el sitio web del programa My Ombudsman o comuníquese con ellos directamente.
- Visite el programa My Ombudsman en Internet en [www.myombudsman.org](http://www.myombudsman.org)

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

## **Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o la UCard® de UnitedHealthcare, llame a Servicio al Cliente de UHC Senior Care Options:**



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

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

**TTY 711**

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

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

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



Llame al **1-866-385-6728**

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

**TTY 711**

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

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



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

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

**TTY 711**

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

# Recursos útiles

## Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

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

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778** o visite [ssa.gov/espanol/](https://ssa.gov/espanol/)
- El Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, TTY **711** o visite [mass.gov](https://mass.gov)

## Recursos para cuidadores

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

## UnitedHealthcare está aquí para ayudarle

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



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



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos



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

## Medicare Explicado

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



[MedicareMadeClear.com](https://MedicareMadeClear.com)

# Antes de inscribirse

Es importante que entienda este Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP) y qué beneficios están cubiertos. Puede encontrar la Lista de Medicamentos, los directorios de Proveedores y Farmacias, la Guía para Miembros y mucho más en [UHC.com/CommunityPlan](http://UHC.com/CommunityPlan).



## ¿Están cubiertos sus medicamentos? Consulte la Lista de Medicamentos (Formulario) para asegurarse.

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



## ¿Están sus proveedores dentro de la red?

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



## ¿Su farmacia está dentro de la red?

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



## ¿Revisó el Resumen de Beneficios?

Estos son solo algunos de los beneficios cubiertos por el plan. Puede encontrar una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan en la Guía para Miembros en Internet.



## Usted cumple los requisitos para inscribirse si:



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



Tiene derecho a las Partes A y B de Medicare Original



Vive en el área de servicio del plan  
**Para H2226-003, si usted también:**

Vive en una institución o recibe ciertos servicios a domicilio y en la comunidad

# Cómo inscribirse

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



## Por teléfono

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

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



Inscríbese por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O envíenos una Solicitud de Inscripción Llenada. Si usted tiene una enfermedad que califica, llene el Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales para usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para pagar alimentos saludables y servicios públicos.

# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, puede confiar en que UnitedHealthcare le apoyará en todo momento. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare hace que ahora sea más fácil que nunca abrir las puertas a todo lo que su plan Medicare Advantage tiene para ofrecer.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta en Internet



Su UCard llega por  
correo postal –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece  
a usar su plan

## Administre su plan en Internet

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

- Consultar el estado de su inscripción
- Buscar proveedores de la red y farmacias de la red y ver documentos del plan, como su Lista de Medicamentos (Formulario) y Guía para Miembros

## Use su UCard cuando

- Visite a un proveedor o surta una receta
- Se registre en el gimnasio

## Una vez que comience su cobertura

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

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

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

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

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

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

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

<b>Firma del beneficiario/representante autorizado</b>	<b>Fecha de hoy</b> MM-DD-YYYY
_____	

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

Nombre (nombre y apellidos)	Relación con el beneficiario

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

Nombre del Agente de Ventas (nombre y apellidos)	Teléfono del Agente de Ventas ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■	ID del Agente de Ventas
Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)	Teléfono del beneficiario ■ ■ ■ - ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■	Fecha en que se realizará la cita MM - DD - YYYY

Dirección del beneficiario

\_\_\_\_\_

Método de contacto inicial	Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Otros productos relacionados

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

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

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

UHC Senior Care Options es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.  
H2226\_SOA\_250601\_C SP

# Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales

Para recibir su beneficio de alimentos saludables y servicios públicos, debemos verificar sus enfermedades que califican. Después de llenar este formulario, devuélvalo junto con la solicitud de inscripción de su plan. **No** le lleve este formulario a su médico tratante.

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **ID de Medicare:** \_\_\_\_\_

## Enfermedades que califican

Marque las enfermedades que usted tiene:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2)  | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares  | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores  |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca crónica   | <input type="checkbox"/> Miastenia grave/Trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/Neuropatía inflamatoria y tóxica   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica)   | <input type="checkbox"/> Trastornos neurológicos  |
| <input type="checkbox"/> Hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico)   | <input type="checkbox"/> Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico  |
| <input type="checkbox"/> Trastornos autoinmunitarios  | <input type="checkbox"/> Cuidado posterior al trasplante de órganos   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Trastornos hematológicos graves  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD) | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad gastrointestinal crónica  | <input type="checkbox"/> Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD)   | <input type="checkbox"/> Enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares, que incluyen lesiones en la médula espinal, parálisis, pérdida de extremidades, derrame cerebral y artritis |
| <input type="checkbox"/> Trastornos pulmonares crónicos   |   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes   |   |
| <input type="checkbox"/> Demencia   |   |

## Información sobre el médico tratante

Nombre completo

N.º de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

N.º de fax

Dirección de correo electrónico

---

N.º de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (de 10 a 12 dígitos sin guiones)

---

Si usted no tiene toda esta información, puede llenar el nombre completo y el número de Identificador Nacional de Proveedor de su médico tratante (exactamente como se encuentra en el Directorio de Proveedores o en Internet).

**¿Ha consultado a este proveedor en los últimos 2 años?**       Sí     No

---

### **Autorización para divulgar información**

Al llenar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de información de salud individualmente identificable, según se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales.

#### **Entiendo y acepto que:**

- Esta autorización es voluntaria;
- Mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de cuidado de la salud, y también puede contener información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud;
- No me pueden denegar el tratamiento, el pago de servicios para el cuidado de la salud, ni la inscripción o los requisitos de participación para recibir beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario;
- Una vez que se haya compartido mi información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a compartirla. Si el receptor no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, la información ya no podrá estar protegida por las leyes federales de privacidad; y
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación a UnitedHealthcare por escrito; sin embargo, la revocación no afectará a ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación.

#### **Quién puede recibir y divulgar mi información:**

Autorizo a las subsidiarias de UnitedHealth Group y a sus compañías afiliadas a recibir o divulgar mi información de salud individualmente identificable entre sí.

#### **Tipo de información que se divulgará:**

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud.

#### **Finalidad de la divulgación:**

Mi información de salud se divulga para verificar que califico para recibir el beneficio de alimentos saludables y servicios públicos o para verificar mi diagnóstico de una enfermedad crónica cubierta.

---

**Firma del solicitante**

**Fecha**

---

---

**Firma del testigo (Solo para residentes de Illinois)**

**Fecha**

---

**Tenga en cuenta: Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe llenar los campos de la siguiente página y adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.**

**Tutor o Representante:**

Nombre

N.º de teléfono

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del tutor o representante

Fecha

---

Solo para residentes de California y Georgia: Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

# Autorización para Compartir Información Personal

**Llene el formulario y envíelo a:**

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

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

(Nombre del destinatario – en letra de molde)

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

Autorizo a UHIC a divulgar toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, reproductiva, de la vista, de farmacia, sobre abuso de sustancias, VIH o sida, salud mental, psicoterapia, enfermedades contagiosas y programas.

Este Formulario de Autorización para Compartir Información Personal permite que UnitedHealthcare Insurance Company (UHIC), en nombre propio y en el de compañías relacionadas, revele o entregue su información de salud personal a la persona que usted elija. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) nos exige que obtengamos su permiso antes de divulgar su información.

**Sección 1: Información del miembro**

Nombre del miembro (en letra de molde)

Número de ID de miembro

Dirección permanente (ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono

■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■

Dirección de correo electrónico (opcional)\*

**Sección 2: Vencimiento y revocación**

Entiendo que:

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

**Sección 2 (continuación)**

Nombre del miembro (en letra de molde)

Firma del miembro	Fecha MM - DD - YYYY
-------------------	-------------------------

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

Nombre del testigo (en letra de molde)

Firma del testigo	Fecha MM - DD - YYYY
-------------------	-------------------------

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

Nombre del destinatario

Dirección permanente (ciudad, estado, código postal)

Número de teléfono ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ ■	Relación con el miembro
---	-------------------------

Dirección de correo electrónico (opcional)\*

**Información del representante personal**

Nombre

Dirección (ciudad, estado, código postal)

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

Firma del representante	Fecha MM - DD - YYYY
-------------------------	-------------------------

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

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

## Solicitud de Inscripción en MassHealth SCO Medicare Advantage 2026

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

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

Esta solicitud es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard (Medicaid) y eligen inscribirse en UHC Senior Care Options. Usted también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

### Información sobre MassHealth Standard (Medicaid)

¿Está inscrito en el programa MassHealth?  Sí  No

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

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

**Para inscribirse en una organización de cuidado para adultos de edad avanzada, usted debe tener los beneficios de MassHealth Standard. Para solicitar su inscripción en el programa MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY 711 para personas con pérdida auditiva total o parcial).**

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

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
N.º de teléfono residencial ( ) -	N.º de teléfono móvil ( ) -	

Puede mantenerse al día con su plan y su salud con llamadas oportunas y útiles.

Marque esta casilla para autorizar la recepción de llamadas mediante marcación automática/tecnología de voz artificial o pregrabada. Puede cambiar su preferencia en cualquier momento.

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

[con elegibilidad doble]): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)

N.º de Medicare

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

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

H2226\_ERF\_2026\_C SP

CSMA26HM0322294\_001

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2026

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

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

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

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

Dirección de correo electrónico

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

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

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

Nombre del otro seguro

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

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

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

**1. ¿Qué idioma o formato accesible prefiere para recibir información del plan en el futuro?**

- Inglés  Español  
 Braille  Letra grande  CD de audio  CD de datos  Otro \_\_\_\_\_

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-888-867-5511**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHC.com/CommunityPlan** para recibir ayuda por Internet. **Si no elige ninguna opción, recibirá la información del plan en inglés.**

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

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?  
 (Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura del Seguro por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de

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

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

H2226\_ERF\_2026\_C SP

CSMA26HM0322294\_001

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2026

Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)

Sí  No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

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

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

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

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

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?

Sí  No

**Lea y firme**

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

- Esta organización de cuidado para adultos de edad avanzada, UHC Senior Care Options, es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. UHC Senior Care Options también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts/MassHealth. No se trata de un Plan Complementario de Medicare. Tendré que mantener mi plan de MassHealth Standard. Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- Como tengo el programa MassHealth, puedo dejar UHC Senior Care Options si tengo un período de elección que califica. Dejaré de estar cubierto por UHC Senior Care Options el primer día del mes posterior al mes en que solicite dejar UHC Senior Care Options. UHC Senior Care Options cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de UHC Senior Care Options, tengo que llamar al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de UHC Senior Care Options, si estoy en desacuerdo con las decisiones del plan sobre pagos y servicios, tengo derecho a apelarlas.
- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los

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

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

H2226\_ERF\_2026\_C SP

CSMA26HM0322294\_001

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2026

- Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare “Guía para Miembros” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
  - Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
  - Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
  - Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
  - La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
  - La inscripción en este plan podría afectar los beneficios de salud de mi sindicato o empleador. Si tengo una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en este plan puede afectar el funcionamiento de mi cobertura actual. Mis dependientes o yo podríamos perder toda nuestra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si me inscribo en este plan. Hablaré con mi empleador o sindicato. Preguntaré si mi inscripción en este plan podría afectar a mi plan actual. También sería conveniente que consulte el sitio web de mi empleador o sindicato, o leer cualquier información que me hayan enviado. Si no hay información sobre con quién comunicarse, mi administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre mi cobertura pueden ayudarme.
  - Aviso de Recuperación del Patrimonio:** El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite [www.mass.gov/estaterecovery](http://www.mass.gov/estaterecovery)
  - Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

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

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

H2226\_ERF\_2026\_C SP

CSMA26HM0322294\_001

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2026

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

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

**Firma del solicitante/miembro/representante autorizado                      Fecha de hoy**

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

H2226\_ERF\_2026\_C SP

CSMA26HM0322294\_001

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2026

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

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

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

**Fecha**

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

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30770  
Salt Lake City, UT 84130-0770  
Fax: 1-888-950-1170

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

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

H2226\_ERF\_2026\_C SP

CSMA26HM0322294\_001

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2026

Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada hoja

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

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

UHC Senior Care Options es un plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan (D-SNP)) que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa Commonwealth of Massachusetts Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona de 65 años en adelante que califique para MassHealth Standard y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 12/31/2026

H2226\_ERF\_2026\_C SP

UHCSCO\_ERF\_H2226\_2026

CSMA26HM0322294\_001

## Lista de Verificación de Inscripción

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

### Explicación de los beneficios

- ✓ La Guía para Miembros incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Guía para Miembros. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de reglas importantes

- ✓ Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.
- ✓ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid. Para calificar, usted debe tener 65 años en adelante, cumplir los requisitos para recibir la Parte A de Medicare y estar inscrito en la Parte B de Medicare y en MassHealth Standard. También podría necesitar vivir en su propio domicilio o en un centro de enfermería.

# Recibo de inscripción 2026

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

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

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

**Solicitante 1:**

Nombre

Fecha de solicitud

Fecha de vigencia propuesta

Nombre del plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

**Solicitante 2 (si corresponde):**

Nombre

Fecha de solicitud

Fecha de vigencia propuesta

Nombre del plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

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

Nombre y n.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

**H2226-001 y H2226-003**

Medicare y MassHealth:

**RxBIN: 610097**

**RxPCN: 9999**

**RxGRP: MPDCSMA**

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

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



# Información importante: Calificación 2026 de Medicare con Estrellas

Información  
oficial de  
Medicare del  
gobierno de los  
Estados Unidos



## UnitedHealthcare - H2226

En el año 2026, UnitedHealthcare - H2226 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	★★★★	4 estrellas
Calificación de los Servicios de Salud:	★★★★	4 estrellas
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	★★★★↓	3.5 estrellas

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

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

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

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

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

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

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

★★★★★	EXCELENTE
★★★★	SUPERIOR AL PROMEDIO
★★★	PROMEDIO
★★	DEBAJO DEL PROMEDIO
★	DEFICIENTE

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

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

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **800-555-5757** (número gratuito) o al **711** (TTY). Los miembros actuales pueden llamar al **888-867-5511** (número gratuito) o al **711** (TTY).

## Notificación de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo al coordinador de derechos civiles:

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

Optum Civil Rights Coordinator  
1 Optum Circle  
Eden Prairie, MN 55344  
**Optum\_Civil\_Rights@Optum.com**

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

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

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

Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamos están disponibles en:  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Este aviso está disponible en: **<https://www.uhc.com/nondiscrimination-med>**  
**<https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html>**

















# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

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

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

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



Llame al **1-888-867-5511**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **myUHC.com/CommunityPlan** para:

- Beneficios dentales de rutina: UnitedHealthcare Dental
- Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



**Entrega a domicilio de medicamentos con receta**

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



**Transporte de rutina**

SafeRide  
1-844-714-2217  
myUHC.com/CommunityPlan



**Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar**

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



UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a sus miembros. Usted puede contar con UnitedHealthcare para que esté a su disposición en todo momento.

## Haga clic. Llame. Conéctese.



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



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



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

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare



Información importante del plan

H2226\_EGCov\_2026\_C SP  
UHCSCO\_EGCov\_H2226\_2026\_C SP

CSMA26HM0315940\_002