



Aviso Anual de Cambio 2026

UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)



MyUHC.com/CommunityPlan



Número gratuito 1-866-242-7726, TTY 711

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo;
de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre

¿Tenemos su dirección correcta?

Si no es así, háganoslo saber para que reciba toda la información del plan.

**United
Healthcare®**

Aviso Anual de Cambio para el Año 2026

Introducción

Actualmente, usted está inscrito como miembro de nuestro plan. El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este **Aviso Anual de Cambio** le explica los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Guía para Miembros**, que se encuentra en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Para obtener una copia por correo postal, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Más recursos

- Este material está disponible sin costo en español y amárico.
- Puede obtener este Aviso Anual de Cambio sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-866-242-7726**, TTY **711**. Alguien que habla su idioma preferido puede ayudarle. Este servicio es gratuito.
- Para solicitar documentos en su idioma preferido que no sea inglés o en un formato alternativo, nuestros miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La información de los miembros se anotará como una solicitud permanente para futuras correspondencias y comunicaciones, de manera que los miembros no tengan que presentar una solicitud por separado cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente sobre un idioma o formato preferido, los miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente para pedir que se actualice su preferencia para futuras comunicaciones.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Si tiene preguntas, llame a **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad..... 4

B. Revise su cobertura de Medicare y de DC Medicaid para el próximo año..... 4

 B1. Información sobre UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) 4

 B2. Cosas importantes que debe hacer..... 5

C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red..... 6

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año 6

 D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... 6

 D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 11

 D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial” 13

 D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores” 14

E. Cambios administrativos 15

F. Cómo elegir un plan..... 17

 F1. Cómo seguir en nuestro plan..... 17

 F2. Cómo cambiar de plan 17

G. Cómo recibir ayuda..... 21

 G1. Nuestro plan 21

 G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) del
 District of Columbia (DC)..... 21

 G3. Oficina del Ombudsman de Seguros y Declaración de Derechos 22

 G4. Medicare 22

 G5. DC Medicaid 23

 G6. El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare 24



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

A. Exenciones de responsabilidad

- ❖ UHC Dual Choice DC-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 de Medicaid del Distrito. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare y con Medicaid del Distrito.
- ❖ Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- ❖ **Si no hace nada antes del 7 de diciembre de 2025, será inscrito automáticamente en UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, usted obtendrá su cobertura médica y de medicamentos a través de UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para hacer un cambio.
- ❖ Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa District of Columbia Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.

B. Revise su cobertura de Medicare y de DC Medicaid para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que siga satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige dejar nuestro plan, su inscripción terminará el último día del mes en el que se realizó la solicitud. Usted seguirá estando inscrito en los programas Medicare y DC Medicaid siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- DC Medicaid en la **Sección F2**.

B1. Información sobre UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)

- UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” o “nuestra/s” en este **Aviso Anual de Cambio**, hacen referencia a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que le afecte.**
 - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
 - Revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que le afecte.**
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Usted podrá usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como preautorización, terapia escalonada o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán dentro de nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están dentro de nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y demás proveedores que usted usa?
 - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuáles serán los gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?
 - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

Si decide seguir en UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP):

Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil — no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, seguirá inscrito automáticamente en UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP).

Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Se han hecho cambios en nuestras redes de proveedores y farmacias para el año 2026.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2026 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias están dentro de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir ayuda.

D. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que usted pagará por estos servicios médicos cubiertos cambiarán el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/communityplan).

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, incluidos los servicios para el manejo del dolor crónico y el plan de tratamiento	Esta sección no existía en su Guía para Miembros 2025. Si tiene enfermedades crónicas graves y recibe servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, su proveedor desarrolla un plan de cuidado integral mensual que indica sus problemas y metas de salud, proveedores, medicamentos, servicios comunitarios que usted tiene y necesita, y otra información sobre su salud. Su proveedor también ayuda a coordinar su cuidado cuando usted va de un centro de cuidado de la salud a otro.	Lo que usted paga depende de quién le preste sus servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas. Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios prestados por su proveedor de cuidado primario, especialista, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico. Consulte la Guía para Miembros para conocer los costos compartidos específicos.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Capacitación para el Automanejo de la Diabetes, Servicios y Suministros para la Diabetes	Usted paga \$0 de copago. Solo cubrimos las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, debería hablar con su médico para obtener una nueva receta de suministros de una marca que tenga cobertura. Todas las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos titulares.	Usted paga \$0 de copago. Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. 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. Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, debería hablar con su médico para obtener una nueva receta de suministros de una marca que tenga cobertura. Todas las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos titulares.
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de la prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. Si la prima de la Parte B es menor que la reducción, usted no obtendrá la diferencia como pago en efectivo. La reducción solo se aplica a lo que usted adeuda por la Parte B, a menos que lo pague Medicaid.	Hasta \$1.60 Si Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare, u otros en nombre de usted, usted no verá la reducción.	Hasta \$0.20 Si Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare, u otros en nombre de usted, usted no verá la reducción.



Si tiene preguntas, llame a **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para cuidadores y control de peso Alimentos saludables y servicios públicos — Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (continúa en la página siguiente)	\$177 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, alimentos saludables, ciertas facturas de servicios públicos y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño. Use su UCard en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios. Su crédito vence al final de cada mes. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos solamente están disponibles para los miembros que califican a través del programa Diseño de Seguros Basados en Valores (VBID). Los equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y el apoyo adicional con servicios en el domicilio, relevo del cuidador y control de peso no están cubiertos por el crédito. Nota importante: Medicare ha decidido terminar el programa Diseño de Seguros Basados en Valores (Value Based Insurance Design, VBID) el 31 de diciembre de 2025. Este es un cambio en toda la industria	\$188 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, equipos y dispositivos portátiles selectos para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios en el domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si califica, también puede usarlo para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para cuidadores y control de peso Alimentos saludables y servicios públicos — Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (continuación)	que afecta a todas las compañías de seguros de Medicare Advantage. El programa Diseño de Seguros Basados en Valores permite que las compañías de seguros de Medicare Advantage proporcionen a los miembros beneficios personalizados, como asistencia con los alimentos o costos reducidos por medicamentos con receta. Hemos podido usar este programa para ofrecer un crédito para alimentos saludables y facturas de servicios públicos a los miembros de su plan.	además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Use su UCard en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios. Su crédito vence al final de cada mes. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan después del 1 de octubre de 2025 o consulte su Guía para Miembros. Nota importante: Debido a que el programa Diseño de Seguros Basados en Valores terminará, usaremos el programa Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas para seguir ofreciendo beneficios como alimentos saludables y servicios públicos. Debido a este cambio, usted tendrá que tener una enfermedad crónica que califique para usar su crédito para productos de venta sin receta a fin de que le ayude a pagar alimentos saludables y servicios públicos.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Referencia	No se requiere una referencia para que los servicios estén cubiertos.	Algunos servicios dentro de la red — como visitas a un especialista, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional — requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que estén cubiertos. El proveedor de cuidado primario que elija puede afectar los especialistas y hospitales a los que podrá consultar. Para obtener más información sobre los servicios que requieren una referencia, consulte la Sección D2 del Capítulo 3 de la Guía para Miembros .

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una **Lista de Medicamentos Cubiertos** actualizada en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Este material estará disponible en Internet después del **15 de octubre de 2025**.

La **Lista de Medicamentos Cubiertos** también se conoce como **Lista de Medicamentos**.

Hicimos cambios en nuestra **Lista de Medicamentos**, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la **Lista de Medicamentos** para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si hay alguna restricción.



Si tiene preguntas, llame a **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

La mayoría de los cambios en la **Lista de Medicamentos** entran en vigencia al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el Distrito que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra **Lista de Medicamentos** en Internet al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará a un medicamento que usted está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que:

- Colabore con su médico (u otro profesional que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedir una **Lista de Medicamentos Cubiertos** que tratan la misma enfermedad.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.
- Nos pida que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días. (Si desea más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y sobre cómo pedirlo, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.)
 - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se termine dicho suministro. Usted puede cambiar el medicamento por uno diferente que cubra nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

Cambios en los costos de medicamentos

En nuestro plan, hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare. Lo que usted paga depende de la etapa en la que usted se encuentre cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

Etapas	Cobertura
Etapas de Cobertura Inicial	Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores
Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comienza esta etapa después de pagar una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MvUHC.com/CommunityPlan.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo para los medicamentos alcance \$2,100. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el Capítulo 6 de su Guía para Miembros para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

Conforme al Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de Descuento de Fabricantes no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido al que esté asignado el medicamento y del lugar en que usted lo obtenga. Usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Pasamos algunos de los medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos** a un nivel más bajo o más alto. Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, su copago podría verse afectado. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en nuestra **Lista de Medicamentos**.

La siguiente tabla indica sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros cinco niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican únicamente mientras usted esté en la Etapa de Cobertura Inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

Para obtener información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos, consulte la **Sección D del Capítulo 6** de su **Guía para Miembros**.

Si **no** califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare indicado en la Evidencia de Cobertura.

Si **califica** para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga:

- Deducible: \$0
- Cobertura Inicial: En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted, y otras personas en nombre de usted, hayan pagado un total combinado de \$2,100, que incluye lo que haya pagado para alcanzar un deducible, pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.
- Cobertura de Medicamentos: Suministro de 30 días o de 100 días en una farmacia minorista de la red. (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.)



Si tiene preguntas, llame a **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

Genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos):

- \$0, \$1.60 o \$5.10 de copago
- Los medicamentos que están en el Nivel 1 siempre tienen \$0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

Todos los demás medicamentos:

- \$0, \$4.90 o \$12.65 de copago
- Los medicamentos que están en el Nivel 1 siempre tienen \$0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
- Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o un copago de \$35, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga \$0.

D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores”

Cuando usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo de \$2,100 en sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted permanece en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario. Es posible que tenga copagos por medicamentos cubiertos por Medicaid o medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte la **Sección D** del **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros**

¿Recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?

Si usted está inscrito en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos (programa Ayuda Adicional), es posible que la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D no se aplique a su caso. Le enviamos un material aparte, llamado Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta, que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe el programa Ayuda Adicional, recibirá una Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos. Si no recibe este material, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y pedir que le envíen la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos.

Cambios en su Beneficio del Diseño de Seguros Basados en Valores (VBID) de la Parte D

Medicare ha decidido terminar el programa Diseño de Seguros Basados en Valores (Value Based Insurance Design, VBID) el 31 de diciembre de 2025. Este es un cambio en toda la industria que afecta a todas las compañías de seguros de Medicare Advantage. El programa Diseño de Seguros Basados en Valores permite que las compañías de seguros de Medicare Advantage proporcionen a los miembros de este plan beneficios personalizados, como asistencia con los alimentos o costos reducidos por medicamentos con receta. Hemos podido usar este programa para ofrecer todos los medicamentos con receta cubiertos de la Parte D a \$0 a los miembros de su plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

Lo que usted paga por los medicamentos con receta cubiertos por la Parte D lo determina Medicare y depende de la etapa de medicamentos en la que se encuentre, del nivel del programa Ayuda Adicional que reciba y de que el medicamento sea de marca o genérico. Siempre y cuando mantenga sus requisitos de participación en el programa Ayuda Adicional, pagará los costos compartidos con el programa Ayuda Adicional que se indican en las tablas anteriores de la Parte D. Si deja de cumplir los requisitos del programa Ayuda Adicional, será responsable de los costos compartidos sin el programa Ayuda Adicional que se indican en las tablas anteriores de la Parte D. Para obtener más información, consulte su **Guía para Miembros**.

E. Cambios administrativos

Esta sección destaca otros cambios importantes en su plan. Para el año 2026, esto incluye actualizaciones en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y nueva información detallada en su **Guía para Miembros** sobre cuidado de emergencia y gastos relacionados con trasplantes.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que usted esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el año 2026. Si desea más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-242-7726 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.Medicare.gov .



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cuidado de emergencia — Reembolso en todo el mundo	Las emergencias en el extranjero y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos mientras usted viaja. Las solicitudes de pago de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos de servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.	Las emergencias en el extranjero y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos mientras usted viaja. Las solicitudes de pago de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos de servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables. La Guía para Miembros ahora incluye algunas instrucciones adicionales para hacer que los servicios en el extranjero se le reembolsen directamente a usted o al proveedor. Para obtener información completa, consulte la Sección 1 del Capítulo 7 de la Guía para Miembros .
Servicios para trasplantes — Viajes y alojamiento	Si recibe un trasplante dentro de la red en un sitio fuera de su comunidad local de cuidado, es posible que algunos gastos de viaje y alojamiento relacionados con su trasplante estén cubiertos.	Se ha actualizado la Guía para Miembros para incluir más información detallada que explique los gastos permitidos de viaje y alojamiento relacionados con un trasplante. Para obtener más información detallada, consulte la Sección 3 del Capítulo 4 .



Si tiene preguntas, llame a **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F. Cómo elegir un plan

F1. Cómo seguir en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o se cambie a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2026.

F2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su inscripción durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene DC Medicaid, puede cancelar su inscripción en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su inscripción en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su inscripción en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su inscripción en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su inscripción en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Puede haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se haya mudado fuera de nuestra área de servicio,
- sus requisitos de participación en DC Medicaid o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado, o
- usted se haya mudado hace poco o reciba actualmente cuidado en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene dos opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Al elegir una de estas opciones, usted cancela automáticamente su inscripción en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

1. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan aparte de medicamentos de Medicare NOTA: Si elige esta opción, se le inscribirá en Medicaid sobre la base de una tarifa por servicio. Cuando cambia su inscripción en el programa Dual Choice, cambian sus opciones de cobertura de Medicare y de Medicaid.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) del District of Columbia al 202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar en Medicaid de Tarifa por Servicio.
---	--

2. Puede cambiarse a: Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare NOTA: Si elige esta opción, se le inscribirá en Medicaid sobre la base de una tarifa por servicio. Cuando cambia su inscripción en el programa Dual Choice, cambian sus opciones de cobertura de Medicare y de Medicaid. NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse. Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) del District of Columbia al 202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m., dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) del District of Columbia al 202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m., dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar en Medicaid de Tarifa por Servicio.
---	--



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

3. Puede cambiarse a: Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluido el Período de Inscripción Anual y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), llame al (571) 622-0555. Los usuarios de TTY deben llamar al (571) 622-0511. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) del District of Columbia al 202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m., dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling. O Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comienza la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente. Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar en Medicaid de Tarifa por Servicio.
--	---

Sus servicios de DC Medicaid

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de DC Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con Servicio de Apoyo de Dual Choice al 202-442-9533, TTY 711, de 9 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes, dhcf.dc.gov/. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de DC Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

G. Cómo recibir ayuda

G1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página durante el horario de atención indicado. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su Guía para Miembros

Su **Guía para Miembros** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios para 2026. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos que cubrimos.

La **Guía para Miembros** para 2026 estará disponible después del **15 de octubre**. Usted también puede revisar la **Guía para Miembros** para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o costos. En nuestro sitio web, **MyUHC.com/CommunityPlan**, encontrará una copia actualizada de la **Guía para Miembros**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una **Guía para Miembros** para 2026.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**), y nuestra **Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)**. Estos documentos estarán disponibles después del **15 de octubre de 2025**.

G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) del District of Columbia (DC)

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud. En el Distrito, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) del District of Columbia. Este programa puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. No tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados que prestan servicios gratuitos a todo el Distrito. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud del District of Columbia es el 202-727-8370, TTY 711. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud del District of Columbia en su área, visite dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

G3. Oficina del Ombudsman de Seguros y Declaración de Derechos

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos puede ayudarle si usted tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del ombudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Ombudsman para el Cuidado de la Salud:

- trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer.
- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman para el Cuidado de la Salud es el 202-724-7491.

G4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- tenga una conversación en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone
- escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes.

Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite es.medicare.gov y haga clic en “Buscar planes”.)

Manual Medicare Y Usted 2026

Puede leer el manual **Medicare Y Usted 2026**. Esta guía se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

AVISO ANUAL DE CAMBIO DE **UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)** PARA EL AÑO 2026

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. Para el Distrito, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Livanta BFCC-QIO.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos de Medicare para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Usted debería comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito al 1-888-396-4646 o al TTY 1-888-985-2660 en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminará demasiado pronto.

G5. DC Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del Distrito que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también cumplen los requisitos de Medicaid. Algunas personas cumplen los requisitos de Medicaid, pero no de Medicare. En el District of Columbia, es posible que Medicaid pague servicios domésticos, para el cuidado personal y de otro tipo que no cubre Medicare. Medicaid también tiene programas que pueden ayudar a pagar las primas de Medicare y otros costos si usted cumple los requisitos de Medicare y califica. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Servicio de Apoyo de Dual Choice al 202-442-9533, TTY 711, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.

UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) tiene un contrato con el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Finance, DHCF) de DC para proporcionarle todos sus beneficios conforme a Medicaid y Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

G6. El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

Participar en el “programa Ayuda Adicional” de Medicare, el programa estatal de ayuda para medicamentos (state’s pharmaceutical assistance program, SPAP) y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, es más ventajoso que participar solo en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros cumplen los requisitos para participar en este programa, independientemente del nivel de ingresos. Si desea más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite es.medicare.gov.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Aviso de antidiscriminación

UnitedHealthcare cumple las leyes federales y del District of Columbia vigentes de derechos civiles, y no excluye, no trata diferente ni discrimina a las personas por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza o ascendencia
- Color
- Credo
- Religión
- Edad
- Origen nacional
- Idioma
- Estado civil
- Sexo (incluidas la orientación sexual y la identidad de género)
- Enfermedad o discapacidad (incluidas las limitaciones físicas o mentales)
- Embarazo
- Responsabilidades familiares
- Fuente de ingresos
- Lugar donde vive
- Afiliación política
- Aspecto personal

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Usted puede solicitar intérpretes o comunicaciones en otros idiomas o formatos, por ejemplo, en letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

Si usted cree que no le hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

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

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle

Eden Prairie, MN 55344

Optum_Civil_Rights@Optum.com

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro (TTY **711**). Si necesita cualquier otra ayuda, comuníquese con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud al 202-724-7491.

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

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

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

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 queja 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>

**Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia
en otros idiomas y formatos alternativos**

If you do not speak and/or read English, please call 1-866-242-7726, TTY 711, between 8:00am - 5:30pm EST, Monday - Friday, months April - September; 8:00am - 8:00pm EST, 7 days a week, months October - March. A representative will assist you.

እንግሊዘኛ የማይናገሩ እና/ወይም የማያነቡ ከሆኑ፣ እባክዎን በ1-866-242-7726፣ TTY 711፣ ከጠዋቱ 8:00 - ከሰዓት 5:30 EST፣ ሰኞ - አርብ፣ ኤፕሪል - ሴፕቴምበር ወራት፣ ጠዋት 8:00 - ከሰዓት 8:00 EST፣ በሳምንት 7 ቀናት፣ ከኦክቶበር - ማርች ወራት ይደውሉ። ተወካይ ያነጋግርዎታል።

إذا كنت لا تتحدث و/أو لا تقرأ اللغة الإنجليزية، يُرجى الاتصال على الرقم 1-866-242-7726 (TTY 711)، بين الساعة 8:00 صباحًا و 5:30 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي، من الاثنين إلى الجمعة، خلال أشهر أبريل حتى سبتمبر؛ ومن الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً بالتوقيت الشرقي القياسي، طوال أيام الأسبوع، خلال أشهر أكتوبر حتى مارس. وسيساعدك أحد الممثلين.

အကယ်၍ သင်သည် အင်္ဂလိပ်လိုမပြောတတ် နှင့်/သို့မဟုတ် မဖတ်တတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ 1-866-242-7726၊ TTY 711 ထံသို့ ဧပြီလမှ စက်တင်ဘာလအထိ တနင်္လာနေ့မှ သောကြာနေ့၊ EST အချိန် 8:00am မှ 5:30pm အတွင်းနှင့် အောက်တိုဘာလမှ မတ်လအထိ တစ်ပတ်လျှင် ၇ ရက်၊ EST အချိန် 8:00am မှ 8:00pm အတွင်း ဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။ ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက သင့်ကို ကူညီပေးပါလိမ့်မည်။

如果您不能说和 / 或读英语，请致电 1-866-242-7726，听力语言残障服务专线 (TTY) 711，4 月至 9 月周一至周五，东部标准时间 (EST) 上午 8:00 至下午 5:30；10 月至 3 月每周 7 天，东部标准时间 (EST) 上午 8:00 至晚上 8:00。会有一位代表为您提供协助。

如果您不能說和 / 或讀英語，請致電 1-866-242-7726，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711，4 月至 9 月週一至週五，東部標準時間 (EST) 上午 8:00 至下午 5:30；10 月至 3 月每週 7 天，東部標準時間 (EST) 上午 8:00 至晚上 8:00。會有一位代表為您提供協助。

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید و/یا نمی‌توانید بخوانید، لطفاً با شماره 1-866-242-7726 (TTY 711) تماس بگیرید. ساعات پاسخگویی از دوشنبه تا جمعه، بین ساعات 8:00 AM تا 5:30 PM به وقت EST در ماه‌های آوریل تا سپتامبر، و همه روزه بین ساعات 8:00 AM تا 8:00 PM به وقت EST در ماه‌های اکتبر تا مارس می‌باشد. یک نماینده به شما کمک خواهد کرد.

Si vous ne parlez pas et/ou ne lisez pas l'anglais, veuillez appeler le 1-866-242-7726, TTY 711, entre 8:00am et 5:30pm heure de l'Est, du lundi au vendredi, d'avril à septembre ; et entre 8:00am et 8:00pm heure de l'Est, 7 jours sur 7, d'octobre à mars. Un représentant vous aidera.

Si ou pa pale ak/oswa li angle, tanpri rele 1-866-242-7726, TTY 711, ant 8:00am - 5:30pm EST, lendi - vandredi, mwa avril - septanm; 8:00am - 8:00pm EST, 7 jou pa semèn, mwa oktòb - mas. Yon reprezantan ap ede ou.

यदि आप अंग्रेज़ी नहीं बोल सकते और/या पढ़ नहीं सकते, तो कृपया 1-866-242-7726, TTY 711 पर कॉल करें। अप्रैल से सितंबर तक सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8:00 बजे से शाम 5:30 बजे (EST) तक, और अक्टूबर से मार्च तक सप्ताह के सातों दिन, सुबह 8:00 बजे से रात 8:00 बजे (EST) तक कॉल कर सकते हैं। एक प्रतिनिधि आपकी सहायता करेगा।

Yog tias koj tsis paub hais thiab/los sis nyeem tsis tau ntawv Askiv, thov hu rau 1-866-242-7726, TTY 711, thaum 8:00 teev sawv ntxov - 5:30 teev tsaus ntuj lub sij hawm EST, hnuv Monday - hnuv Friday, lub Plaub Hlis - Cuaj Hli; 8:00 teev sawv ntxov - 8:00 teev tsaus ntuj lub sij hawm EST, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam, lub Kaum Hli - Lub Peb Hlis. Ib tug neeg sawv cev yuav los pab koj.

Se non parla o legge l'inglese, chiami il numero 1-866-242-7726 (TTY 711), attivo dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 17:30 EST, nei mesi da aprile a settembre e attivo tutti i giorni, dalle 8:00 alle 20:00 EST, nei mesi da ottobre a marzo. Un nostro consulente le fornirà assistenza.

英語を話したり読んだりできない場合は、1-866-242-7726、TTY 711 までお電話ください。受付時間：4月～9月は月曜日～金曜日、東部標準時午前8時～午後5時30分。10月～3月は毎日、東部標準時午前8時～午後8時です。担当者がお手伝いいたします。

영어를 말하거나 읽을 수 없는 경우, 1-866-242-7726, TTY 711 번으로 4 월-9 월, 월요일-금요일, 오전 8 시-오후 5 시 30 분(동부표준시), 10 월-3 월, 주 7 일, 오전 8 시-오후 8 시(동부표준시) 사이에 전화하십시오. 담당자가 도와드릴 것입니다.

Jeśli nie mówi i/lub nie czyta Pan/Pani w języku angielskim, prosimy zadzwonić pod numer 1-866-242-7726, TTY 711, w godzinach od 8:00 rano do 5:30 wieczorem czasu EST, od poniedziałku do piątku, od kwietnia do września; w godzinach od 8:00 rano do 8:00 wieczorem czasu EST, 7 dni w tygodniu, od października do marca. Przedstawiciel udzieli Panu/Pani pomocy.

Se você não fala ou lê inglês, ligue para 1-866-242-7726, TTY 711, entre 8:00 a.m. e 5:30 p.m. EST, de segunda a sexta-feira entre os meses de abril e setembro, e entre 8:00 a.m. e 8:00 p.m. EST, 7 dias por semana entre os meses de outubro e março. Um representante auxiliará você.

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ ਬੋਲ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਪੜ੍ਹ ਨਹੀਂ ਸਕਦੇ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 1-866-242-7726, TTY 711 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ ਸਤੰਬਰ ਤੱਕ ਸੋਮਵਾਰ ਤੋਂ ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 5:30 ਵਜੇ (EST) ਤੱਕ, ਅਤੇ ਅਕਤੂਬਰ ਤੋਂ ਮਾਰਚ ਤੱਕ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ, ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਰਾਤ 8:00 ਵਜੇ (EST) ਤੱਕ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਇੱਕ ਨੁਮਾਇੰਦਾ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰੇਗਾ।

Если вы не говорите и/или не читаете по-английски, обращайтесь по телефону 1-866-242-7726 (линия TTY: 711) в соответствии со следующим графиком работы: с 8:00am до 5:30pm по восточному времени (EST) с понедельника по пятницу в период с апреля по сентябрь; с 8:00am до 8:00pm по восточному времени (EST) ежедневно в период с октября по март. Представитель компании окажет вам помощь.

Haddii aadan ku hadlin iyo/ama aadan akhrin Af-Ingirisiga, fadlan wac 1-866-242-7726, TTY 711, inta u dhaxeysa 8:00am – 5:30pm EST, Isniin – Jimce, bilaha Abriil – Setenbar; 8:00am – 8:00pm EST, 7 maalmood isbuucii, bilaha Oktoobar – Maarso. Wakiil ayaa ku caawin doona.

Si no habla o no lee inglés, llame al 1-866-242-7726, TTY 711, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo. Un representante le ayudará.

Kung hindi ka makapagsalita at/o makapagbasa ng Ingles, pakitawagan ang 1-866-242-7726, TTY 711, 8:00am – 5:30pm EST, Lunes – Biyernes, mga buwan ng Abril – Setiembre; 8:00am – 8:00pm EST, 7 araw kada linggo, mga buwan ng Oktubre – Marso. May representative na tutulong sa iyo.

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc tiếng Anh, vui lòng gọi số 1-866-242-7726, TTY 711, 8:00 sáng – 5:30 chiều theo giờ EST, thứ Hai đến thứ Sáu, trong giai đoạn từ tháng 4 đến tháng 9; 8:00 sáng – 8:00 tối theo giờ EST, tất cả các ngày trong tuần, trong giai đoạn từ tháng 10 đến tháng 3. Một nhân viên đại diện sẽ hỗ trợ quý vị.

Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP)



MyUHC.com/CommunityPlan



Llame al 1-866-242-7726

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo;
de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.



Escriba a **P.O. Box 30769**

Salt Lake City, UT 84130-0769