

Aviso Anual de Cambios 2027

UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP)



Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**



Visite **myUHC.com/CommunityPlan**



Llame al número gratuito **1-866-242-7726, TTY 711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



Más información disponible en Internet después del 15 de octubre de 2026

El Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) proporciona información importante sobre los cambios en su plan para el próximo año, pero es posible que no incluya todas las actualizaciones.

Para obtener la información más actualizada y completa de su plan, revise los materiales de su plan 2027 en **myUHC.com/CommunityPlan** después del 15 de octubre de 2026.



Directorio de Proveedores

Confirme que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.



Directorio de Farmacias

Consulte qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.



Lista de Medicamentos (Formulario)

Confirme que sus medicamentos estarán cubiertos por su plan el próximo año y revise cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.



Guía para Miembros

Revise su **Guía para Miembros** 2027 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La **Guía para Miembros** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus derechos y responsabilidades como miembro.

Entendemos que algunos enrollees prefieren obtener copias impresas de los materiales de su plan. Llame a o chatee con nuestro Servicio al Cliente, si desea una copia impresa de los materiales de su plan 2027. Con gusto se los enviaremos sin costo para usted.

También puede visitar **myUHC.com/CommunityPlan** para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

Su inscripción continuará automáticamente

Si todavía este es el plan adecuado para usted, no necesita tomar ninguna medida para seguir inscrito en el plan el próximo año. Su inscripción continuará automáticamente.

Aviso Anual de Cambios para el Año 2027

Introducción



Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan.

El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este **Aviso Anual de Cambios** 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 disponible en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**.

Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español y amárico.
- Puede obtener este **Aviso Anual de Cambios** sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-866-242-7726**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- Para solicitar documentos en su idioma preferido que no sea inglés o en un formato alternativo, nuestros miembros pueden llamar a 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, comunicarse con Servicio al Cliente para pedir que se actualice su preferencia para futuras comunicaciones.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; 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.....	5
B. Revisión de su cobertura de Medicare y de DC Medicaid para el próximo año	5
B1. Información sobre UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP)	5
B2. Cosas importantes que debe hacer	5
C. Cambios en el nombre de nuestro plan	7
D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red	7
E. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año	8
E1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos	8
E2. Cambios en la cobertura de medicamentos	12
E3. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	14
E4. Etapa 2: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	19
F. Cambios administrativos.....	20
G. Cómo elegir un plan.....	22
G1. Cómo seguir en nuestro plan.....	22
G2. Cómo cambiar de plan	22
H. Cómo recibir ayuda	26
H1. Nuestro plan	26
H2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de DC.....	26
H3. Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos	27
H4. Medicare	27
H5. DC Medicaid	28
H6. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	29



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

A. Exenciones de Responsabilidad

UHC Dual Choice DC-YL1 (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.

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

Es importante revisar su cobertura ahora mismo para asegurarse de que siga satisfaciendo sus necesidades para 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 decide dejar nuestro plan, su inscripción terminará el último día del mes en que realizó su solicitud. Usted seguirá estando inscrito en los programas de Medicare y de DC Medicaid siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2**.
- Sus opciones de DC Medicaid y los servicios en la **Sección G2**.

B1. Información sobre UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP)

- UHC Dual Choice DC-YL1 (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 Cambios**, hacen referencia a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP).

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Revise si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
 - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
 - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

- **Revise si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**

- ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Están en un nivel de costo compartido diferente? ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá otros cambios, tales 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 E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
 - Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajo que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos anuales de su bolsillo durante todo el año.
 - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**

- ¿Están sus médicos, incluso sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia, es parte de nuestra red? ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores que usted usa?
- Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

- **Considere los costos generales en el plan.**

- ¿Cuáles serán los gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?
- ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?

- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

Si decide seguir en UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP):

Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil—no tiene que hacer nada.

Si no hace ningún cambio, sigue inscrito automáticamente en UHC Dual Choice DC-YL1 (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 G2** 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.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2027, el nombre de nuestro plan cambia de UHC Dual Choice DC-Y001 (HMO D-SNP) a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva UCard® de UnitedHealthcare. Recibirá 2 tarjetas en correspondencias apartes - una tarjeta de ID de miembro y una UCard. Si tiene alguna pregunta o si su UCard de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Usted verá el nuevo nombre del plan reflejado en futuras comunicaciones que muestran el nombre del plan.

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

Lo que usted paga por sus medicamentos depende de la farmacia en que los surte. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura **solamente** si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias tienen cambios para el año 2027.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2027 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias son parte 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 la información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Tenga en cuenta 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.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, **TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

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

E1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cuidado de emergencia – mundial	Con cobertura	El cuidado de emergencia, incluso los servicios de ambulancia en situaciones de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tiene cobertura de Medicare Original ni del Plan. Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado.
Programa de acondicionamiento físico	Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente para ayudarle a mantenerse activo, enfocado y conectado ya sea en un gimnasio o desde su hogar. Usted paga \$0 de copago. No hay ningún cargo si su membresía es estándar y	Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para ayudarle a mantenerse activo en el gimnasio. Usted paga \$0 de copago. No hay ningún cargo si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de la red. Las ofertas digitales de acondicionamiento físico,



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY 711, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	si usted utiliza proveedores de la red.	actividades para ejercitar la memoria o los paquetes de pedidos por correo ya no tienen cobertura. Consulte su Guía para Miembros para obtener más información.
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 los cuidadores y control de peso Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas	\$188 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si usted califica, también puede usar los créditos 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	\$189 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si usted califica, también puede usar los créditos 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



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, 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 necesidades de salud más complejas. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Usted paga \$0 de copago. Los créditos vencen al final de cada mes.	con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, 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 necesidades de salud más complejas. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Le enviaremos una carta con información sobre su derecho de participación en los beneficios del SSBCI. Usted paga \$0 de copago. Los créditos vencen al final de cada mes. Puede usar su UCard vigente hasta el 31 de diciembre de 2026.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY 711, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		Le enviaremos por correo una nueva UCard antes de que comience el nuevo año del plan. Visite member.uhc.com/community/benefits/ssbci o consulte su Guía para Miembros después del 1 de octubre de 2026 para obtener más información.
Referencia	Algunos de los servicios de la red—como las visitas a especialistas, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional—requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que tengan cobertura. El proveedor de cuidado primario que elija influirá en los especialistas y los hospitales que usted podrá consultar. Revise su Guía para Miembros para obtener más información detallada.	Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional ya no requieren referencias. Solamente las visitas a especialistas requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que tengan cobertura. El proveedor de cuidado primario que elija puede influir en los especialistas y los hospitales que usted podrá consultar. Para obtener más información, consulte la Sección D2 del Capítulo 3 de la Guía para Miembros.
Servicios requeridos de urgencia – mundiales	Con cobertura	Los Servicios Requeridos de Urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tienen



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		cobertura de Medicare Original ni del Plan. Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** también se denomina **Formulario** o **Lista de Medicamentos**. Una copia de nuestra **Lista de Medicamentos** está publicada en Internet en **myUHC.com/CommunityPlan**.

Para obtener la **Lista de Medicamentos** completa, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página o visite nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**.

En nuestra **Lista de Medicamentos** realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la **Lista de Medicamentos** para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si tendrán alguna restricción o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la **Lista de Medicamentos** son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por Medicare o el Distrito que le afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra **Lista de Medicamentos** en Internet, por lo menos mensualmente, para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que usted esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, **TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

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

- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento que cubramos.
 - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o comunicarse con su equipo de administración del cuidado de la salud 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.
- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) y solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento.
 - Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).
 - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
 - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o su equipo de administración del cuidado de la salud. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su **Guía para Miembros** si desea más información sobre cómo comunicarse con su equipo de administración del cuidado de la salud.
- Solicite que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En ciertos casos, 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 cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.)
 - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por otro cubierto por nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

Cambios en los costos de los medicamentos

Dado que usted cumple los requisitos de DC Medicaid, recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para Quienes Reciben el Programa



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y solicítelo.

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. Lo que usted paga depende del nivel del programa Ayuda Adicional y de la etapa en que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

Etapas 1	Etapas 2
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 en 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 2027. Usted comienza en esta etapa después de pagar una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo en los medicamentos alcance \$2,400. 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.

Según el 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 de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuento de Fabricantes no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

E3. Etapas 1: Etapas 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 surta 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, búselos en nuestra **Lista de Medicamentos**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

La siguiente tabla muestra los costos de 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 un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte la **Sección D** del **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY 711, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible Anual	\$0 (Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.) Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: \$615	\$0 (Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.) Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: \$480 Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), \$0 por los medicamentos del Nivel 2 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red). Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.

Costos de Medicamentos en Etapa 1: Cobertura Inicial

El coseguro es una porción o parte del costo total, generalmente como un porcentaje. Con este plan, usted paga parte del costo de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Por ejemplo, si



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY 711, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

su coseguro es del 25% y el costo total de su medicamento con receta es de \$100, usted pagaría \$25. El plan paga el resto. Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el deducible; luego, comenzará a pagar el coseguro.

La tabla muestra el costo por cada medicamento con receta de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su **Guía para Miembros**.

Una vez que usted haya pagado \$2,400 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores).

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta		
Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): • \$0 de copago o • \$1.60 de copago o • \$5.10 de copago	Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): • \$0 de copago o • \$1.65 de copago o • \$5.80 de copago
Por todos los demás medicamentos cubiertos	Por todos los medicamentos cubiertos: • \$0 de copago o • \$4.90 de copago o • \$12.65 de copago	Por todos los medicamentos cubiertos: • \$0 de copago o • \$5 de copago o • \$14.40 de copago



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta		
Nivel 1 - Genéricos Preferidos	Usted paga 25% del costo total. ¹	Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.
Nivel 2 - Genéricos		Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.
Nivel 3 - De Marca Preferidos		Usted paga 25% del costo total. Usted paga 25%, hasta \$35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel ¹ .
Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos		Usted paga 25% del costo total.
Nivel 5 - De Especialidad		Usted paga 28% del costo total.

¹ En el año 2026, no paga más de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D. En el año 2027, no pagará más de \$35 de copago o 25% del costo total de un medicamento—lo que sea menor—hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0. Usted paga estas cantidades incluso si usted no ha pagado su deducible.

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo en los medicamentos alcance **\$2,400**. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. El 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.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

E4. Etapa 2: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Cuando usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo de **\$2,400** para sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanece en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre los costos en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte el **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, **TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. Si su prima de la Parte B es menor que la cantidad reducida, usted no recibirá la diferencia como un pago en efectivo. La reducción se aplica solamente a lo que usted deba de la Parte B a menos que la pague Medicaid.	Hasta \$0.20 Usted no verá la reducción si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted.	\$0

F. Cambios administrativos

La siguiente tabla describe los cambios administrativos en su plan, incluso las actualizaciones a su UCard y a la tarjeta de ID de miembro y explica cómo esos cambios podrían afectarle a usted.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Preautorización - Beneficio de comidas después de una estadía cubierta en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)	Se requiere una preautorización, además de la verificación de una estadía aprobada.	Ya no se requiere una preautorización. El plan seguirá confirmando las estadías aprobadas antes de que enviemos su pedido.
UCard de UnitedHealthcare y tarjeta de ID de miembro	La UCard sirve como su tarjeta de ID de miembro y más – úsela para gastar sus créditos para	Recibirá 2 tarjetas en correspondencias apartes - una tarjeta



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

	productos de venta sin receta y recompensas ganadas en artículos aprobados.	de ID de miembro y una UCard. Use su nueva tarjeta de ID de miembro cuando visite a un proveedor o surta una receta. Use su UCard como forma de pago en la tienda o en Internet para gastar sus créditos para productos de venta sin receta y recompensas ganadas en artículos aprobados. Las UCard vencen después de 3 años, lo que significa que no recibirá una nueva UCard cada año. Puede destruir su tarjeta actual el 1 de enero de 2027. Para consultar su saldo, buscar tiendas participantes y artículos aprobados, visite el UCard Hub en la aplicación UnitedHealthcare o en su sitio web para miembros.
--	--	--



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

G. Cómo elegir un plan

G1. Cómo seguir en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Usted no tiene que hacer nada para seguir en nuestro plan. A menos que se inscriba en otro plan de Medicare o se cambie a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2027.

G2. Cómo cambiar de plan

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

Además, puede terminar 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 decide cambiarse a un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Anual 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 membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

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

- usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su derecho de participación en DC Medicaid o en el programa Ayuda Adicional cambió, o
- se mudó recientemente a una institución o actualmente recibe cuidado en una (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 Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su inscripción en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, **TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

1. Puede cambiarse a: 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. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al 1-202-727-8370, (TTY 711), de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del programa SHIP en su área, visite su sitio web en dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Cuando comience su cobertura en nuestro plan 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 sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.
---	--



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

2. Puede cambiarse a:**Medicare Original 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) de DC al 1-202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del programa SHIP en su área, visite 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) de DC al 1-202-727-8370, 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 sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

3. Puede cambiarse a:

Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Abierta y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**.

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.

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) de DC 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 comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente.

Su derecho a Medicaid no se ve afectado por la cobertura de Medicare que elija. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

Sus servicios de DC Medicaid

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de DC Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con el 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 del programa DC Medicaid.

H. Cómo recibir ayuda

H1. 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 los días y el horario de atención indicados. 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 y los costos para el año 2027. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos que cubrimos.

La **Guía para Miembros** para el año 2027 estará disponible para el 15 de octubre. 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 el año 2027.

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 de nuestra **Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)**.

H2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de DC

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP). En Distrito of Columbia el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama DC State Health Insurance Assistance Program (SHIP). DC SHIP puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. DC SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. DC SHIP cuenta con asesores capacitados que prestan servicios a todo el Distrito y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de DC SHIP es 1-202-727-8370, TTY: 711. Para obtener más información o



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite myUHC.com/CommunityPlan.

para buscar una oficina local de DC SHIP en su área, visite dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling.

H3. Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud 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 está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman es 1-202-724-7491.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame 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
- Chatee en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone
- Escriba a Medicare al 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 del programa 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”.)

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2027**. Este documento se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-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.

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 Commence Health.

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 verificar y mejorar la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito es una organización independiente. No está relacionado con nuestro plan.

Debería comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito al 1-888-396-4646 o al TTY 711 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.

H5. 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. Algunos beneficiarios de 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 el servicio de apoyo de Dual Choice al 202-442-9533, TTY711, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.

UHC Dual Choice DC-YL1 (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-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

H6. 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 le puede ayudar a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre) en pagos mensuales. Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si usted participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para seguir participando en el año 2027. Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el total de los gastos de su bolsillo en medicamentos.

El Programa "Ayuda Adicional" de Medicare y el programa estatal de ayuda para medicamentos (state pharmaceutical assistance program, SPAP) y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, tienen muchas más ventajas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. 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-YL1 (HMO D-SNP) al **1-866-242-7726**, **TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

Aviso de no discriminación

UnitedHealthcare cumple con las leyes de derechos civiles federales y del Distrito de Columbia aplicables y no discrimina, excluye o trata a las personas de manera diferente por ninguna de las siguientes razones:

- | | | |
|----------------------|---|--------------------------------|
| • Raza o ascendencia | • Idioma | • Embarazo |
| • Color | • Estado civil | • Responsabilidades familiares |
| • Credo | • Sexo (incluida la orientación sexual e identidad de género) | • Fuente del ingreso |
| • Religión | • Afección médica o discapacidad (incluida la discapacidad física o mental) | • Lugar de residencia |
| • Edad | | • Afiliación política |
| • Nacionalidad | | • Aspecto personal |

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

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

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

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 un reclamo, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de afiliado (TTY **711**). Si necesita otro tipo de asistencia, comuníquese con la Oficina de Atención Médica de Defensoría al 202-724-7491.

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.:

Sitio web: **<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 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>



UHC Dual Choice DC-YL1 (HMO D-SNP) Servicio al Cliente:



Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**



Visite **myUHC.com/CommunityPlan**



Llame al **1-866-242-7726**

Las llamadas a este número son gratuitas.

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711 Las llamadas a este número son gratuitas.

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



Escriba a **UnitedHealthcare Community Plan**

P.O. Box 30769

Salt Lake City, 84130-0769 UT

¿Tenemos su dirección correcta?

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

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850