Resumen de Beneficios 2027

UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.
Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **UHC.com/CommunityPlan**

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

United Healthcare®

Y0066_SB_H2406_053_000_2027_M SP Accepted

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad.....3

B. Preguntas frecuentes (FAQ).....5

C. Lista de servicios cubiertos.....10

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP).....29

E. Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid.....30

F. Sus derechos como miembro del plan 30

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado.....32

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude 33

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711,** de 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

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) del **1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027**. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Puede consultar la **Guía para Miembros** en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO 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 con Medicaid del Distrito.

Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual Medicare Y Usted. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov) o solicitarlo por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener más información sobre UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), puede consultar el sitio web del Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud de DC en www.dhcf.dc.gov/page/district-dual-choice-d-snps comunicarse con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos de DC al 202-724-7491, TTY 711, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m., o comunicarse con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de DC al 202-727-8370, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille, traducciones de idiomas o audio. Llame al **1-866-242-7726** y TTY **711**, de 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.

Este documento está disponible sin costo en español y amárico.

Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

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

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

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los

miembros de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

Programa de acondicionamiento físico: El beneficio de acondicionamiento físico y la red de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.

Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar: Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), alimentos, servicios públicos y apoyo para el bienestar tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, revise su **Guía para Miembros**. El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen los criterios del plan que indican que están en alto riesgo de hospitalización y que cumplen los requisitos para la coordinación intensiva del cuidado de la salud. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí. Si usted usa este beneficio para ciertos servicios públicos, podría considerarse ingresos para la asistencia con la vivienda. Consulte con su autoridad de vivienda para obtener información detallada.

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

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan UHC Dual Choice D-SNP?	Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) es un tipo de plan de salud Medicare Advantage. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de DC Medicaid. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble cubre todos sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta (Parte D de Medicare), y proporciona todos los medicamentos y servicios de Medicaid para los que usted cumple los requisitos conforme al programa DC Medicaid.
En UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de DC Medicaid que recibo ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de DC Medicaid directamente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su equipo de cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de una agencia del Distrito o de servicios especializados de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias. Cuando se inscriba en UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), usted y su Equipo de Cuidado de la Salud trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción

Preguntas frecuentes	Respuestas
En UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de DC Medicaid que recibo ahora? **(continuación)**	para que UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página. Si actualmente está recibiendo servicios para necesidades de salud mental, consumo de sustancias o discapacidad intelectual o del desarrollo, seguirá recibiéndolos de la misma manera que ahora. Cuando se inscriba en UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo.
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles. Los proveedores que tienen un convenio con nosotros son proveedores “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos. • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP). • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor que está fuera de la red de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), puede elegir continuar este tratamiento, independientemente de que este proveedor esté o no dentro de la red de proveedores de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), durante un período de transición hasta que concluya el tratamiento o durante

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? **(continuación)**	30 días, lo que sea posterior. Para obtener más información sobre cómo seguir conectado, llame a Servicio al Cliente. Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) en el sitio web del plan en **myUHC.com/CommunityPlan.** Si es nuevo en UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.
¿Qué es un orientador del cuidado de la salud de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)?	Un orientador del cuidado de la salud de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) es la persona principal con la que debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.
¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital. En algunos casos, otra agencia puede administrar estos servicios, y su orientador del cuidado de la salud o equipo de cuidado de la salud trabajará con esa agencia.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) puede prestarlo?	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener más información, llame al número de Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros**.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711,** de 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Dónde está disponible UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: Washington: District of Columbia. Usted debe vivir en esta área para inscribirse en el plan. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a que usted debe obtener una aprobación de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, **antes** de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento. **Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.** UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) antes de que se preste el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la **Guía para Miembros** si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de la **Guía para Miembros** para saber qué servicios requieren una preautorización. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)?	No. Dado que usted tiene DC Medicaid, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711,** de 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)?	En UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de $0.

C. Lista de servicios cubiertos

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario	Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados*	$0 por cada estadía	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. Sus costos fuera de la red son $0 de copago o $1,800 de copago por cada estadía
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 40% de coseguro
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 40% de coseguro
	Cuidado de un médico o un cirujano*	$0	
Usted quiere consultar a un médico (continúa en la página siguiente)	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 30% de coseguro

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted quiere consultar a un médico (continuación)	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	$0, 1 por cada año	Sus costos fuera de la red son 40% de coseguro, 1 por cada año
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	$0	
	Cuidado de especialistas*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 30% de coseguro
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	$0	En el caso de los servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, no se requiere una preautorización para proveedores fuera de la red.
	Cuidado de urgencia	$0	
Usted necesita exámenes médicos (continúa en la página siguiente)	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 40% de coseguro

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita exámenes médicos (continuación)	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre*	$0	Sus costos fuera de la red por pruebas y procedimientos de diagnóstico son $0 de copago o 40% de coseguro. Sus costos fuera de la red por radiología terapéutica son $0 de copago y 20% de coseguro. Sus costos fuera de la red por radiografías para pacientes ambulatorios son $0 de copago o 40% de coseguro.
Usted necesita servicios para la audición	Aparatos auditivos	$0	
	Exámenes de audición*	$0, 1 por cada año	Su costo fuera de la red por un examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio es $0 de copago o 30% de coseguro. Su costo fuera de la red por un examen de audición de rutina es 30% de coseguro, 1 por cada año. La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado dental	Exámenes dentales y cuidado preventivo	$0	
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	
Usted necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 30% de coseguro
	Anteojos o lentes de contacto	$0	
	Otro cuidado de la vista	$0	Sus costos fuera de la red por artículos para la vista después de una cirugía de cataratas son $0 de copago o 40% de coseguro
Usted necesita servicios para la salud del comportamiento	Servicios para la salud del comportamiento* Nuestro plan cubre 90 días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	$0	Sus costos fuera de la red por una visita como paciente hospitalizado son $0 de copago o $1,800 de copago por cada estadía. Sus costos fuera de la red por una visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios son $0 de copago o 30% de coseguro. Sus costos fuera de la red por una visita de terapia individual para pacientes ambulatorios son $0 de copago o 30% de coseguro.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias*	$0	Sus costos fuera de la red por una visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios son $0 de copago o 30% de coseguro. Su visita de terapia individual para pacientes ambulatorios fuera de la red tiene $0 de copago o 30% de coseguro.
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada*	$0	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF).
	Cuidado en un asilo de convalecencia*	$0	Sus costos fuera de la red son: $0 de copago por cada día: días 1 a 100, o $0 de copago por cada día: días 1 a 20 $217 de copago por cada día: días 21 a 100
	Cuidado Temporal para Adultos y Cuidado Temporal para Adultos en Grupo	$0	
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 30% de coseguro

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Servicios de ambulancia*	$0 de copago por transporte terrestre $0 de copago por transporte aéreo	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre y $0 de copago o 20% de coseguro por transporte aéreo. Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	$0	
	Transporte a citas y servicios médicos	$0	El transporte de rutina no se debe usar en emergencias.
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare*	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en el consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la Guía para Miembros.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)			Sus costos fuera de la red por medicamentos para quimioterapia, insulina cubierta por la Parte B y otros medicamentos de la Parte B son $0 de copago o 20% de coseguro. Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de 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.
	Medicamentos de la Parte D de Medicare	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 no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Guía para Miembros. Si califica para el Subsidio para Personas de Bajos	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP). Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)		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 $2,400, que incluye lo que haya pagado para alcanzar su 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.) Genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): • $0, $1.65 o $5.80 de copago	Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de 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. Cobertura de Gastos Médicos Mayores: Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)		• 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, $5 o $14.40 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) Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que usted recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.	
	Medicamentos sin receta (OTC)	$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP).

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación*	$0	
	Equipo médico para cuidado a domicilio*	$0	
	Servicios de diálisis*	$0	Su costo fuera de la red es $0 de copago o 20% de coseguro
	Servicios de podiatría*	$0	Sus costos fuera de la red por exámenes y tratamiento de los pies son $0 de copago o 30% de coseguro. Sus costos fuera de la red por el cuidado de los pies de rutina son 30% de coseguro.
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de ortesis*	$0	Sus costos fuera de la red por plantillas o zapatos terapéuticos son $0 de copago o 20% de coseguro.
Usted necesita equipo médico duradero (DME) **Nota:** Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el **Capítulo 4** de la **Guía para Miembros.**	Sillas de ruedas, muletas y andadores*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 20% de coseguro.
	Nebulizadores*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 20% de coseguro.
	Equipo de oxígeno y suministros*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 20% de coseguro.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continúa en la página siguiente)	Servicios del programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas (EPD) El programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas ofrece una combinación de servicios de apoyo a domicilio y en la comunidad, que incluyen: Administración de casos: ayuda para obtener o coordinar servicios para el cuidado de la salud Servicios de un auxiliar de cuidado personal: ayuda con las actividades de la vida diaria, como vestirse, comer, ir al baño, etc. Programas de servicios de salud diurnos para adultos: apoyos y servicios no	$0	A fin de cumplir los requisitos para el programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas, usted debe: • Ser un residente del District of Columbia • Ser ciudadano estadounidense o estar en situación legal de inmigración • Cumplir los requisitos para recibir DC Medicaid, tener ingresos de menos del 300% de lo que ofrece el programa Seguridad de Ingreso Complementario (SSI) o cumplir los requisitos para la deducción de gastos • Tener no más de $4,000 en bienes computables • Necesitar ayuda con las actividades de la vida diaria • Cumplir el “nivel de cuidado” establecido para el programa de exención Comuníquese con su equipo de cuidado de la salud si desea ayuda para solicitar los beneficios del programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)	residenciales que promueven la inclusión y el cuidado en la comunidad Relevo del cuidador: ayuda con las necesidades diarias cuando un cuidador primario se ausenta o no está a su disposición Vivienda asistida: residencia con licencia que ofrece servicios y apoyos para permitir a los participantes vivir de manera independiente Adaptaciones ambientales para facilitar el acceso: modificaciones físicas en un domicilio para proteger la seguridad y el bienestar de un residente Servicios dirigidos por el participante: más opciones		

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)	y flexibilidad con respecto a los servicios que recibe, incluidos los servicios de un auxiliar de cuidado personal		
	Servicios de habilitación diurnos	$0	

	Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos (ADHP)	$0	A fin de cumplir los requisitos para usar el Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos, usted debe:
			• Cumplir los requisitos y estar inscrito en el programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas del Distrito, O
			• Cumplir los siguientes criterios para inscribirse en el Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos 1951 (i) del Distrito:
			  • Ser un residente del District of Columbia
			  • Ser ciudadano estadounidense o estar en situación legal de inmigración

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)			• Cumplir los requisitos para recibir DC Medicaid, tener ingresos de menos del 150% del índice federal de pobreza (FPL) • Tener enfermedades crónicas certificadas por un médico con licencia o una enfermera titulada en práctica avanzada (APRN) y cumplir el “nivel de cuidado” establecido para los servicios del Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos Comuníquese con su equipo de cuidado de la salud para saber cómo puede conectarse con los servicios del Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)

Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un auxiliar de cuidado personal [PCA])*	$0	A fin de cumplir los requisitos para usar los servicios de un auxiliar de cuidado personal, usted debe:
			• Cumplir los requisitos y estar inscrito en el programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas del Distrito, O
			• Cumplir los siguientes criterios para inscribirse en el programa de auxiliar de cuidado personal del plan estatal del Distrito:
			  • Ser un residente del District of Columbia
			  • Ser ciudadano estadounidense o estar en situación legal de inmigración
			  • Cumplir los requisitos para recibir DC Medicaid, tener ingresos de menos del 100% del índice federal de pobreza
			  • Necesitar ayuda con las actividades de la vida diaria Y cumplir el “nivel de cuidado”

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)			establecido para los servicios de un auxiliar de cuidado personal Comuníquese con su equipo de cuidado de la salud para saber cómo puede conectarse con los servicios de un auxiliar de cuidado personal.
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos*	$0	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación). Con cobertura limitada, $0 de copago o 20% de coseguro dentro de la red y $0 de copago o 30% de coseguro fuera de la red.
	Suministros y servicios para la diabetes*	$0	Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 20% de coseguro
	Servicios de prótesis*	$0	Sus costos fuera de la red son $0 de copago o 20% de coseguro.
	Radioterapia*	$0	
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad*	$0	
	Programa de acondicionamiento físico	$0	$0 de copago Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: • Membresía gratuita a un gimnasio en centros estándar • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Si usa un proveedor fuera de la red, usted paga el 90% del costo total.
	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$0	$109 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			• Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y mucho más • Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua embotellada • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General, Target y en las tiendas de su comunidad que le queden cerca • Pague servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet • Reciba apoyo para el bienestar, que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, alivio del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más Si usa una tienda fuera de la red, usted paga el 90% del costo total.

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Guía para Miembros** de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP). Si no tiene una **Guía para Miembros**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar **myUHC.com/CommunityPlan.**

*Es posible que el proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare o Medicaid, o una agencia del Distrito. Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, DC Medicaid o una Agencia Estatal	**Sus costos**
Ciertos servicios de cuidados para enfermos terminales cubiertos fuera de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP)	$0 Usted no paga nada por los cuidados para enfermos terminales recibidos de cualquier centro de cuidados para enfermos terminales aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados para enfermos terminales están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.
Servicios cubiertos conforme a la autoridad del programa de exención de Apoyo Individual y Familiar 1915(c) de DC Medicaid (exención IFS)	$0
Servicios cubiertos conforme al programa de exención Personas con Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo 1915(c) de DC Medicaid (exención IDD)	$0
Servicios prestados por un Centro de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales o del Desarrollo (ICF/IID) a personas que viven en dicho centro	$0
Servicios prestados a través del Departamento de Salud del Comportamiento (DBH) de DC	$0

E. Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid

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

Servicios que no cubre UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), Medicare ni DC Medicaid	
Servicios que no se consideren "razonables y médicamente necesarios", según las normas de Medicare y de DC Medicaid, a menos que los indiquemos como servicios cubiertos	Procedimientos para mejoras electivas o voluntarias
Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare	Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que se cumplan los criterios requeridos
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario	Cirugía LASIK

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Guía para Miembros**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

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

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711,** de 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.**

  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y del coordinador del cuidado de la salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse a recibir tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión. UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en Instrucciones por Anticipado
- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia.
  - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal. No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
  - Tener privacidad durante su tratamiento

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711,** de 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.**

- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Presentar una queja ante el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Finance, DHCF) de DC al 202-442-9533, TTY 711
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) de los servicios o artículos de DC Medicaid que sean de naturaleza médica
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud o nuestros proveedores
  - Solicitar una Audiencia Imparcial del Distrito
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Guía para Miembros**. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

También puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos de DC al 202-724-7491, TTY 711, de lunes a viernes de 9 a.m. a 4:45 p.m.

G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tal vez pueda apelar nuestra decisión.
Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros.** También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

Para presentar quejas/quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department
P.O. Box 6103, MS CA120-0360
Cypress, CA 90630-0023.

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

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

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

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

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

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) a los números de teléfono que se encuentran al final de esta página.
- O llame a Servicio al Cliente de DC Medicaid al 202-442-9533. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- O llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude de DC Medicaid al 1-877-632-2873. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048.** Usted puede llamar a estos números sin costo**.**

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o sus Tarjetas de ID de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP):

Llame al 1-866-242-7726

Las llamadas a este número son gratuitas. De 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. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP). Siga las instrucciones de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado cuando el consultorio esté cerrado.

Si el consultorio de su proveedor de cuidado primario está cerrado, también puede llamar a Nurse Triage. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado. (Ejemplo: clínicas sin cita previa, centros de cuidado de urgencia, sala de emergencias). Los números de Nurse Triage son:

Llame al 1-877-303-2422

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

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

Si necesita cuidado inmediato de la salud del comportamiento, llame a Optum Mental Health

Llame al 1-866-242-7726

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.
UHC Dual Choice DC-Y2 (PPO D-SNP) también ofrece 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., hora local, 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.