



Resumen de Beneficios 2026

UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)
H6824-002-000

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.



MyUHC.com/CommunityPlan



Número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**

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

**United
Healthcare®**

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete HI-Y1 (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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

Índice

A.	Exenciones de responsabilidad	3
B.	Preguntas frecuentes (FAQ)	5
C.	Lista de servicios cubiertos	10
D.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)	25
E.	Servicios que no cubre UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), Medicare ni Medicaid	26
F.	Sus derechos como miembro del plan	26
G.	Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado	28
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....	28

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura** en MyUHC.com/CommunityPlan o llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda.

- UHC Dual Complete HI-Y1 (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 Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- 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 por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Para obtener más información sobre UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), puede consultar el sitio web de Med-QUEST Division medquest.hawaii.gov/en/members-applicants/Dual-Eligible-Special-Needs-Plan o comunicarse con la Oficina del Ombudsman de Med-QUEST Division al número gratuito 1-888-488-7988, TTY 711, de lunes a viernes, de 7:45 a.m. a 4:30 p.m. (sin incluir los días festivos estatales).
- Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al 1-866-622-8054 y al 711, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- 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 **UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)**.

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

Beneficios dentales de rutina

Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local. El tamaño de la red dental se basa en Zelis Network360, mayo de 2025.

Programa de acondicionamiento físico

El beneficio de acondicionamiento físico y su red de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. No todos los planes ofrecen acceso a centros de primera categoría. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar

Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), alimentos y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Ciertos servicios de apoyo para el bienestar son prestados por terceros no afiliados a UnitedHealthcare y la participación podría estar sujeta a su aceptación de las condiciones y normas respectivas de los terceros. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados por terceros.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera 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.

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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Plan integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP)?	Un Plan integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Med-QUEST Division para prestar servicios de Medicare y de Medicaid a los miembros. Combina sus médicos, hospitales, farmacias, cuidado a domicilio, cuidado en un asilo de convalecencia y otros proveedores de cuidado de la salud en un único sistema de cuidado coordinado. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.
En UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Medicaid que recibo ahora? (continúa en la página siguiente)	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de Medicaid directamente de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP). Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su equipo de cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de los Servicios de Cuidado Comunitario (Community Care Services, CCS) o a través de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), la División de Salud Mental para Adultos (Adult Mental Health Division, AMHD) y la División de Salud Mental para Niños y Adolescentes (Child and Adolescent Mental Health Division, CAMHD) del Departamento de Salud de Hawaii, si corresponde. Cuando se inscriba en UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
En UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Medicaid que recibo ahora? (continuación)	Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete HI-Y1 (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 para que UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al 1-866-622-8054 y al 711 o a los números que se encuentran al final de esta página.
¿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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles. • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP). 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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP). • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), llame a Servicio al Cliente para consultar cómo seguir conectado. 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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) en el sitio web del plan en MyUHC.com/CommunityPlan.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? (continuación)	Si es nuevo en UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.
¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)?	Un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete HI-Y1 (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.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete HI-Y1 (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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: Hawaii, Honolulu, Kalawao, Kauai y Maui, HI. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Dual Complete HI-Y1 (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 Complete HI-Y1 (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 Complete HI-Y1 (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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) antes de que se preste el servicio. Consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su equipo de cuidado de la salud debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su proveedor de cuidado primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su equipo de cuidado de la salud, es posible que UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) no cubra los servicios. UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su equipo de cuidado de la salud antes de que se preste el servicio. Consulte la Evidencia de Cobertura si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia de su equipo de cuidado de la salud.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)?	No. Dado que usted tiene Medicaid, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)?	Su deducible médico es de \$0 o \$283 combinado, dentro y fuera de la red.
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)?	En UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0. El máximo de gastos de su bolsillo que usted pagará cada año es de \$0 o \$13,900 por servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C. Lista de servicios cubiertos

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario	Estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o \$1,935 de copago 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. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 40% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 40% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 desea consultar a un médico	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Visitas Virtuales Médicas	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo.
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 40% de coseguro, 1 por cada año
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	\$0	
	Cuidado de especialistas	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0 (mundial) por cada visita	En el caso de los servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, no se requiere preautorización para proveedores fuera de la red.
	Cuidado de urgencia	\$0 (mundial) por cada visita	Los servicios para el cuidado de urgencia se deben prestar fuera de la red y sin requisitos de preautorización.
Usted necesita exámenes médicos	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	Fuera de la red: \$0 de copago o 40% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 40% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 la audición	Exámenes de audición	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Aparatos auditivos	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
Usted necesita cuidado dental	Servicios preventivos e integrales	\$0	\$2,500 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos \$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes y dentaduras postizas • Sin deducible anual • Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes • Posibilidad de consultar a cualquier dentista El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 de la vista	Exámenes de la vista	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	
	Otro cuidado de la vista	\$0	
Usted necesita servicios de salud del comportamiento (continúa en la página siguiente)	Servicios de salud del comportamiento	\$0	Para conocer los servicios especializados de salud del comportamiento, consulte Servicios de Cuidado Comunitario (CCS) en la Sección D. Los Servicios de Cuidado Comunitario prestan servicios especializados de salud del comportamiento a los miembros adultos de Medicaid que cumplen los requisitos y tienen una enfermedad mental grave (severe mental illness, SMI) o una enfermedad mental grave y persistente (severe and persistent mental illness, SPMI).

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 de salud del comportamiento (continuación)	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud del comportamiento	\$0	Para conocer los servicios especializados de salud del comportamiento, consulte Servicios de Cuidado Comunitario (CCS) en la Sección D. Los Servicios de Cuidado Comunitario prestan servicios especializados de salud del comportamiento a los miembros adultos de Medicaid que cumplen los requisitos y tienen una enfermedad mental grave (SMI) o una enfermedad mental grave y persistente (SPMI).
	Visitas virtuales de salud mental	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red. Fuera de la red: \$0 de copago o 30% de coseguro

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada (SNF) Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada.	\$0 de copago por cada día, días 1 al 100	\$0 de copago por cada día, días 1 al 100, o \$0 de copago por cada día, por los días 1 al 20 \$217 de copago por cada día, días 21 al 100 Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	
	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	Fuera de la red: \$0 de copago o 30% de coseguro

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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	\$0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre \$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 a citas y servicios médicos	\$0	\$0 de copago por 24 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias Fuera de la red: 75% de coseguro El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o proceso (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la Evidencia de Cobertura.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 proceso (continuación)			Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red
	Medicamentos de la Parte D de Medicare	\$0 Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días.	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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP). Usted pagará \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D. Suministro de 30 días o 100 días en una farmacia minorista o de pedidos por correo 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. Usted paga un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 proceso (continuación)	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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP).
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios de diálisis	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red. Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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 de los pies	Servicios de podiatría	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red. Fuera de la red: 30% de coseguro, 4 visitas por cada año
	Servicios de ortesis	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
Usted necesita equipo médico duradero (DME) Nota: Esta no es una lista completa del equipo médico duradero cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Nebulizadores	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro
	Equipo de oxígeno y suministros	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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	Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Mantenimiento en el domicilio, como barras de agarre y rampas	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios de salud diurnos para adultos, cuidado diurno para adultos u otros servicios de apoyo	\$0	
	Servicios de un asistente para el cuidado personal	\$0	
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	\$0	20 visitas por cada año Fuera de la red: \$0 de copago o 30% de coseguro El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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)	Servicios de acupuntura de rutina	\$0	20 visitas por cada año, fuera de la red: 30% de coseguro Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro 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.
	Servicios de prótesis	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Radioterapia	\$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización. Fuera de la red: \$0 de copago o 20% de coseguro
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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)	Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	\$0	\$132.50 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos, la cantidad vence mensualmente • Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y mucho más • Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua • Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o las tiendas de su comunidad que le queden cerca

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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)			• Reciba apoyo para el bienestar, que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más • Si usa un proveedor fuera de la red para servicios en el domicilio, asesoramiento sobre control de peso o relevo del cuidador, usted paga el 75% de coseguro

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 Evidencia de Cobertura de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP). Si no tiene una Evidencia de Cobertura, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete HI-Y1 (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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una Agencia Estatal	Sus costos
Servicios Dentales	\$0 Si Medicare no cubre un servicio o se ha acabado un beneficio, Medicaid podría ayudarle, pero usted podría tener que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare.
Programa de exención de Medicaid de servicios a domicilio y en la comunidad para discapacidades intelectuales y del desarrollo (División de Discapacidades del Desarrollo del Departamento de Salud de Hawaii)	\$0
Trasplante de Órganos y Tejidos del Estado de Hawaii (State of Hawaii Organ and Tissue Transplant, SHOTT)	\$0
Ciertos servicios de cuidados para enfermos terminales cubiertos fuera de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)	\$0
Servicios especializados de salud del comportamiento por parte del Programa de Servicios de Cuidado Comunitario (CCS) Los servicios especializados de salud del comportamiento son prestados por el programa de Servicios de Cuidado Comunitario (CCS). Este programa presta servicios intensivos de salud del comportamiento, además de los servicios básicos de salud del comportamiento cubiertos por los planes de salud de Medicaid, a adultos diagnosticados con una enfermedad mental grave (SMI) que califica o una enfermedad mental grave y persistente (SPMI). Estos adultos deben estar inscritos en un plan de salud de Medicaid y cumplir los criterios de participación para los Servicios de Cuidado Comunitario según lo determine Med-QUEST Division (MQD)	\$0

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), Medicare ni 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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP), Medicare ni Medicaid

Cirugía o procedimientos estéticos.

Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor

Servicios que no se consideren “razonables y necesarios” según las normas de Medicare y de la Asistencia Médica

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete HI-Y1 (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 Evidencia de Cobertura. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Obtener los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
 - 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
 - Cuánto le costarán los servicios
 - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y coordinadores del cuidado de la salud

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
 - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento del año
 - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
 - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
 - Rehusarse al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
 - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
 - Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete HI-Y1 (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
 - Tener privacidad durante su tratamiento

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para 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 **UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)** al 1-866-622-8054 y TTY 711. El sitio web de **UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)** MyUHC.com/CommunityPlan ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en Internet.
 - Solicitar una Revisión Médica Independiente de Medicaid de servicios o artículos que sean de naturaleza médica
 - Apelar ciertas decisiones tomadas por UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP)
 - Solicitar una Audiencia Administrativa Estatal para apelaciones que no se resuelven completamente a su favor
 - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente al 1-866-622-8054 y TTY 711 o a los números que se encuentran al final de esta página. Tal vez pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711** o a los números que se encuentran al final de esta página.

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 Complete HI-Y1 (PPO D-SNP). Los números de teléfono se encuentran al final de esta página.
- O llame a Servicio al Cliente de Medicaid al 1-808-586-5390. 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, llame a UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las tarjetas de ID de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP):



Llame al **1-866-622-8054**

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

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Si tiene preguntas sobre su salud:



Llame a su equipo de cuidado de la salud. Siga las instrucciones de su equipo de cuidado de la salud para recibir cuidado cuando el consultorio está cerrado. Si el consultorio de su equipo de cuidado de la salud está cerrado, también puede llamar al **1-866-622-8054**. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado.

UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

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



Llame al **1-866-622-8054**

UHC Dual Complete HI-Y1 (PPO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:45 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.