Resumen de Beneficios 2027

UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP)
H6824-003-000

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.

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **UHC.com/CommunityPlan**

Llame al número gratuito **1-866-622-8054**, TTY **711**
De 7:45 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

UnitedHealthcare® Dual Complete

H6824_SB_H6824_003_000_2027_M SP

UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP): Resumen de Beneficios 2027

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete HI-YL (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-YL (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-YL (PPO D-SNP) 25

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP), Medicare ni Medicaid 26

F. Sus derechos como miembro del plan 26

G. Cómo presentar una queja o una apelación de 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-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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 Complete HI-YL (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 **Evidencia de Cobertura**. Puede consultar la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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 Complete HI-YL (PPO D-SNP), puede consultar el sitio web de Med-QUEST Division medquest.hawaii.gov/en/members-applicants/Dual-Eligible-Special-Needs-Plan o llamarnos al número de teléfono que se encuentra al final de esta página.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille, traducciones de idiomas o audio. Llame al **1-866-622-8054** y TTY **711**, de 7:45 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, ilocano, coreano, chino y vietnamita.

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 Complete HI-YL (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 Complete HI-YL (HMO D-SNP), 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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.**

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. El tamaño de la red varía según el mercado local.

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 y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, revise su **Evidencia de Cobertura**. 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 FIDE-SNP?	Es un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble. Es un tipo de 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 solo sistema de cuidado coordinado. También cuenta con coordinadores de 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-YL (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-YL (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 los Servicios de Cuidado Comunitario (CCS) o a través de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD), la División de Salud Mental para Adultos (AMHD) y la División de Salud Mental para Niños y Adolescentes (CAMHD) del Departamento de Salud de Hawaii, si corresponde. Cuando se inscriba en UHC Dual Complete HI-YL (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 tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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
En UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Medicaid que recibo ahora? **(continúa de la página anterior)**	Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete HI-YL (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-YL (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. 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 Complete HI-YL (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 Complete HI-YL (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. **Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete HI-YL (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-YL (PPO D-SNP). • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP), llame a Servicio al Cliente para consultar cómo seguir conectado.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? **(continúa de la página anterior)**	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-YL (PPO D-SNP) en el sitio web del plan en **myUHC.com/CommunityPlan.** Si es nuevo en UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.
¿Qué es un coordinador de salud de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP)?	Un coordinador de salud de UHC Dual Complete HI-YL (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-YL (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-YL (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 **Evidencia de Cobertura**.
¿Dónde está disponible UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: Condados de Hawaii, Honolulu, Kalawao, Kauai y Maui. 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-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a que usted debe obtener una aprobación de UHC Dual Complete HI-YL (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-YL (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-YL (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-YL (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.
¿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 (PCP). 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-YL (PPO D-SNP) no cubra los servicios. UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su proveedor de cuidado primario antes de que se preste el servicio. Consulte la **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia del proveedor de cuidado primario de su equipo de cuidado de la salud.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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 una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete HI-YL (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-YL (PPO D-SNP)?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP)?	En UHC Dual Complete HI-YL (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 $14,800 por servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor fuera de la red.

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 $1,910 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.
	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.
	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.
	Cuidado de un médico o un cirujano	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte 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 quiere 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 transmisión audiovisual 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
	“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.

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 por cada visita	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 por cada visita	Los servicios para el cuidado de urgencia se deben prestar fuera de la red (OON) 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.

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
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte 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 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 para la salud del comportamiento (continúa en la página siguiente)	Servicios para la salud del comportamiento	$0	Para conocer los servicios especializados para la salud del comportamiento, consulte Servicios de Cuidado Comunitario (CCS) en la Sección D. Los Servicios de Cuidado Comunitario prestan servicios especializados para la 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).

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 salud del comportamiento (continuación)	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios para la salud del comportamiento	$0	Para conocer los servicios especializados para la salud del comportamiento, consulte Servicios de Cuidado Comunitario (CCS) en la Sección D. Los Servicios de Cuidado Comunitario prestan servicios especializados para la 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. Fuera de la red: $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 un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada (en un centro de enfermería especializada [SNF])	$0 de copago por cada día: días 1 a 100	$0 de copago por cada día: días 1 a 100, o Usted paga el costo compartido de Medicare Original para el año 2027, que será establecido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en el otoño de 2026. Estos son los costos compartidos de 2026 y pueden cambiar para 2027. Nuestro plan proporcionará tarifas actualizadas tan pronto como se publiquen. $0 de copago por cada día: días 1 a 20 $217 de copago por cada día: días 21 a 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-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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.**

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 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 Evidencia de Cobertura.

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)			Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan.
	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-YL (PPO D-SNP). Usted pagará $0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos 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.

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)	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-YL (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.
	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.
	Servicios de diálisis	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan. Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan. 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 de parte 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 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 **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.
	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
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.
	Mantenimiento en el domicilio, como barras de agarre y rampas	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan.
	Servicios de salud diurnos para adultos, cuidado diurno para adultos u otros servicios de apoyo	$0	Medicaid cubre estos servicios para los beneficiarios que cumplen los requisitos. Se requiere una preautorización. Para obtener más información, consulte la Guía para Miembros de QUEST.
	Programa de entrega de comida a domicilio	$0	
	Servicios de un asistente para el cuidado personal	$0	

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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.**

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 (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.
	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. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte 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)
Servicios adicionales (continuación)	Servicios de prótesis	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan.
	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	
	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$0	$247 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 • 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, Target y en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

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)			• 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.
	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 y de primera categoría • 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.

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

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

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare o Medicaid, o una agencia estatal o del condado. 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, Medicaid o una Agencia Estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados para enfermos terminales cubiertos fuera de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP)	$0
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 (SHOTT)	$0
Servicios especializados para la salud del comportamiento por parte del Programa de Servicios de Cuidado Comunitario (CCS). Los servicios especializados para la salud del comportamiento son prestados por el programa de Servicios de Cuidado Comunitario (CCS). Este programa presta servicios intensivos para la salud del comportamiento, además de los servicios básicos para la 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
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.

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

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete HI-YL (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-YL (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-YL (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:
  - 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
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y del coordinador de salud

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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 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 Complete HI-YL (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 Complete HI-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 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 UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) al 1-866-622-8054 y TTY 711. El sitio web de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) MyUHC.com/CommunityPlan tiene formulario para quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en Internet.
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente de los servicios o artículos de Medicaid que sean de naturaleza médica
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) o nuestros proveedores
  - Solicitar una Audiencia Administrativa Estatal para apelaciones que no se resuelvan 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, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

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

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete HI-YL (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 **Evidencia de Cobertura.** También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) 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-YL (PPO D-SNP) a los números de teléfono que 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-YL (PPO D-SNP) al **1-866-622-8054**, TTY **711,** de 7:45 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

Aviso de antidiscriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. No excluimos ni tratamos menos favorablemente a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

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

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito **1-888-980-8728**, TTY **711.**

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344

Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito **1-888-980-8728**, TTY **711**.

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

Internet:	**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**
Teléfono:	**1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
Correo Postal:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Los formularios para quejas están disponibles en: **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

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

CSHI25MP0279337_000

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

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, and auxiliary aids are available to you. Call member services at 1-800-980-8728, TTY 711.

ATENSYON: Available para kanimo ang mga serbisyo sa libre nga tabang sa sinultihan ug libre nga komunikasyon sa ubang mga pormat, sama sa dako nga imprinta, ug auxillary nga mga panabang. Tawagi ang mga serbisyo sa myembro sa 1-800-980-8728, TTY 711.

请注意：您可以获得免费的语言协助服务、免费的其他格式材料例如大字版与辅助服务。请致电会员服务部，电话 1-800-980-8728，听力语言残障服务专线 (TTY) 711。

請注意：您可以獲得免費的語言協助服務、免費的其他格式資料例如大字版與輔助服務。請致電會員服務部，電話 1-800-980-8728 ，聽力語言殘障服務專線 (TTY) 711。

ASINEI NGENI MEINISIN: Iwe mi wor áninnisin kapasen fénúwomw ewe, ekkóóch mettóóch kosapw mééni ómw kopwe ánisi ngonuk, áweewe ren pwóróus epwe mesemwóng makkan, pwan ekkóóch sakkopaaten peekin áninnis. Kopwe Kékkééri Ekkewe Peekin Áninnis Mi Kawor Fáániten Méénún Ewe Neeni/Ámwiicheichan Aramas (Member Services) wóón nampaan tengewa 1-800-980-8728, TTY 711.

E nānā! Hiki iā ʻoe ke komo i nā lawelawe kōkua ʻōlelo manuahi, nā mea manuahi ma nā ʻano like ʻole, e like me ka paʻi nui, a me nā lawelawe kōkua. Kāhea i nā lawelawe lālā ma 1-800-980-8728, TTY 711.

ATENSION: Available para kenka ti libre a serbisio iti lengguahe, libre a material iti sabali a format, kas iti dadakkel a letra, ken kanayonan a serbisio. Tawagam ti Serbisio iti Miembro iti 1-800-980-8728, TTY 711.

注：無料の言語支援サービスや、拡大文字など他の形式での無料の資料、補助サービスをご利用いただけます。メンバーサービス、1-800-980-8728、TTY 711 までお電話でお問い合わせください。

알림 사항: 언어 지원 서비스와 큰 글씨 등 다른 형식의 안내 자료, 보조 서비스를 무료로 이용하실 수. 회원 서비스에 1-800-980-8728, TTY 711 번으로 문의하십시오.

ໝາຍເຫດ: ທ່ານມີການເຂົ້າເຖິງການບໍລິການການຊ່ວຍເຫຼືອພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ, ອຸປະກອນການຟຣີໃນຮູບແບບອື່ນໆ, ເຊັ່ນ: ການພິມຂະຫນາດໃຫຍ່, ແລະການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອ. ໂທຫາ Member Services ທີ່ 1-800-980-8728, TTY 711.

KŌJELLĀ: Ejjelok wōnāān jerbalin jipañ ko ikkijjien kajin im ejjelok wōnāān wāween ko jet ikkijjien kōnono, āinwōt jeje ko relap, menin jipañ ko jet rej pellok ñan eok. Kall e jikin jipañ ro uwaan ilo 1-800-980-8728, TTY 711.

FA'AALIGA: E mafai ona e maua fua auaunaga fesoasoani i le gagana, mea e maua fua i isi faatulagaga, e pei o tusitusiga tetele, ma auaunaga fesoasoani. Fa'afeso'ota'i le Auaunaga a Sui Usufono i 1-800-980-8728, TTY 711.

ATENCIÓN: tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma, materiales gratuitos en otros formatos como letra grande y servicios auxiliares. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-980-8728, TTY 711.

PAUNAWA: May makukuha kang libreng serbisyo ng tulong sa wika, libreng materyal sa ibang format, tulad ng malalaking letra, at mga karagdagang serbisyo. Tumawag sa Serbisyo sa Miyembro sa 1-800-980-8728, TTY 711.

โปรดทราบ คุณจะเข้าถึงบริการช่วยเหลือด้านภาษาได้ฟรี สื่อฟรีในรูปแบบอื่นๆ เช่น ตัวอักษรขนาดใหญ่ และบริการเสริมต่างๆ โทรติดต่อฝ่ายบริการสมาชิกที่หมายเลข 1-800-980-8728, TTY 711

FAKATOKANGA: 'Oku ke ma'u ha faingamalie ki ha sevesi liliulea ta'etotongi, naunau ta'etotongi 'i ha founga kehekehe, hange ko ha matalalahi e tohi, mo ha toe ngaahi sevesi tokoni. Taa ki he Sevesi Kau Memipa he 1-800-980-8728, TTY 711.

LƯU Ý: Quý vị có thể nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các hình thức giao tiếp miễn phí khác, chẳng hạn như bản in cỡ chữ lớn và các phương tiện hỗ trợ bổ sung. Hãy gọi cho ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-800-980-8728, TTY 711.

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 Complete HI-YL (PPO D-SNP):

Llame al 1-866-622-8054

Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:45 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

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 esté cerrado. Si el consultorio de su equipo de cuidado de la salud está cerrado, también puede llamar. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado.

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

Llame al 1-866-622-8054

Las llamadas a este número son gratuitas. UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

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

Llame al 1-800-690-1606

Las llamadas a este número son gratuitas. De 7:45 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. UHC Dual Complete HI-YL (PPO D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711