# Resumen de Beneficios 2027

**UHC Dual Complete MS-Q1 (PPO D-SNP)**

H1889-045-002

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/Medicare**

Llame al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

United Healthcare®
Dual Complete

Y0066_SB_H1889_045_002_2027_SP_M

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027

Este es un resumen de lo que cubrimos y lo que a usted le corresponde pagar. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) en **myUHC.com/CommunityPlan** o llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda. Después de que se inscriba en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## UHC Dual Complete MS-Q1 (PPO D-SNP)

| **Prima, deducible y límites médicos** | | |
|---|---|---|
| | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| **Prima mensual del plan** | $0<br>Es posible que usted tenga que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare | |
| **Deducible médico anual** | Su deducible médico es el deducible de la Parte B de Medicare Original, de manera combinada, dentro y fuera de la red según se indica más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos. El deducible de Medicare Original del año 2026 es de $283. El deducible para el año 2027 será determinado por CMS en el otoño de 2026. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas. | |
| **Máximo de gastos de su bolsillo** (no incluye medicamentos con receta) | $9,850<br>Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.<br><br>Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad. | $14,800<br>Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor. |

| Prima, deducible y límites médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| **Costo compartido de Medicare** | | Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted pagará $0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica el costo compartido en esta tabla. | Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid y su proveedor acepta Medicaid, usted pagará $0 por los servicios cubiertos por Medicare. De lo contrario, usted pagará el costo compartido como se indica en esta tabla. |

| Beneficios médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| **Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados**[2] Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. | | $0 de copago por estadía o; $1,520 de copago por cada estadía | $1,520 de copago por cada estadía |
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios** Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC)[2] | $0 de copago por una colonoscopia<br>$0 de copago o 20% de coseguro de lo contrario | 40% de coseguro |
| | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía[2] | $0 de copago por una colonoscopia<br>$0 de copago o 20% de coseguro de lo contrario | 40% de coseguro |
| | Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 40% de coseguro |
| **Visitas al médico** | Proveedor de cuidado primario | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Especialistas[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Visitas virtuales médicas | $0 de copago | Igual que una Visita al consultorio de un médico |

| Beneficios médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| **Servicios preventivos** | Examen médico de rutina | $0 de copago, 1 por cada año* | 40% de coseguro, 1 por cada año* |
| | Cubiertos por Medicare | $0 de copago | $0 de copago - 40% de coseguro (según el servicio) |
| | • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal<br>• Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol<br>• Visita de bienestar anual<br>• Medición de masa ósea<br>• Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)<br>• Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)<br>• Exámenes cardiovasculares<br>• Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina<br>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)<br>• Evaluación de depresión<br>• Pruebas de detección y control de la diabetes<br>• Prueba de detección de hepatitis C<br>• Prueba de Detección del VIH<br>• Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)<br>• Servicios de terapia de nutrición clínica<br>• Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)<br>• Evaluación y asesoramiento sobre obesidad<br>• Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)<br>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas<br>• Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)<br>• Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19<br>• Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)<br>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.<br>Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección de cuidado preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red. | | |
| **Cuidado de emergencia** | | $0 de copago o $115 de copago por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos. | |
| **Servicios requeridos de urgencia** | | $0 de copago o $40 de copago por cada visita | |

| Beneficios médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| **Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías** | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])[2] | $0 de copago por cada mamografía de diagnóstico<br>$0 de copago o 20% de coseguro de otra manera | 40% de coseguro |
| | Servicios de laboratorio[2] | $0 de copago | $0 de copago |
| | Pruebas y procedimientos de diagnóstico[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 40% de coseguro |
| | Radiología terapéutica[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| | Radiografías para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 40% de coseguro |
| **Servicios para la audición** | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Examen de audición de rutina | $0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva* | 30% de coseguro por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva* |

| Beneficios médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| | Aparatos auditivos[2] | Una asignación de $2,200 para 2 aparatos auditivos cada 2 años*<br>• Una amplia selección de aparatos auditivos de alta calidad y de marca con receta<br>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios<br>• La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía | Si usted utiliza un proveedor fuera de la red, usted es responsable del 90% de la asignación.* |
| **Beneficios dentales de rutina** | Servicios preventivos e integrales | $1,500 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos*<br>$0 de copago por los servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes y dentaduras postizas<br>• Sin deducible anual<br>• Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes<br>• Posibilidad de consultar a cualquier dentista | |
| **Servicios para la vista** | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos[2] | $0 de copago | 30% de coseguro |
| | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas | $0 de copago | 40% de coseguro |

| Beneficios médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| | Examen de la vista de rutina | $0 de copago por un examen de la vista de rutina cada año para proteger la vista y la salud* | 30% de coseguro por un examen de la vista de rutina cada año para proteger la vista y la salud* |
| | Artículos para la vista de rutina | $300 de asignación cada año para 1 par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto*<br>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de Medicare Advantage de proveedores de servicios para la vista y de proveedores de tiendas minoristas<br>• Artículos para la vista disponibles a través de proveedores en Internet, incluso Warby Parker y GlassesUSA | Si usted utiliza un proveedor fuera de la red, usted es responsable del 90% de la asignación* |
| **Salud mental** | Visita como paciente hospitalizado[2] Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado | $0 de copago por cada estadía, o $1,520 de copago por cada estadía | $1,520 de copago por cada estadía |
| | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Visitas virtuales de salud mental | $0 de copago | Igual que una Visita al consultorio de cuidado de |

| Beneficios médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| | | | la salud mental para pacientes ambulatorios |
| **Centro de enfermería especializada (SNF)[2]**<br>(La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare) Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada. | | $0 de copago por cada día, días 1 a 100, o<br>Usted paga el costo compartido de Medicare Original para el año 2027 que será determinado por CMS en el otoño de 2026. Estas cantidades son los costos compartidos correspondientes al año 2026 y es posible que cambien para el año 2027. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.<br>$0 de copago por cada día, días 1 a 20<br>$217 de copago por cada día, días 21 a 100 | Usted paga el costo compartido de Medicare Original para el año 2027 que será determinado por CMS en el otoño de 2026. Estas cantidades son los costos compartidos correspondientes al año 2026 y es posible que cambien para el año 2027. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.<br>$0 de copago por cada día, por los días 1 a 20<br>$217 de copago por cada día, por los días 21 a 100 |
| **Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios** | Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Visita de terapia ocupacional[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| **Ambulancia[2]**<br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia. | | $0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre<br>$0 de copago o 20% de coseguro por transporte aéreo | 20% de coseguro por transporte terrestre<br>20% de coseguro por transporte aéreo |
| **Transporte de Rutina** | | $0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a citas médicas, gimnasios y farmacias * | 75% de coseguro* |
| **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare** | Medicamentos para quimioterapia[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| | Insulina cubierta de la Parte B[2] | $0 de copago o 20% de coseguro; hasta $35 | 20% de coseguro |

| Beneficios médicos | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| El costo compartido dentro de la red indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos. | Otros medicamentos de la Parte B[2]<br>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada. | $0 de copago o 20% de coseguro | 20% de coseguro |

| Medicamentos con receta | |
|---|---|
| **Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga:** | |
| **Deducible** | Su deducible es de $0. |
| **Cobertura Inicial** | En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de $2,400 lo que incluye la cantidad que pagó para alcanzar su deducible, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. |
| **Cobertura de medicamentos** | **Suministro de 30 días^ o 100 días en una farmacia de la red** |
| Genéricos<br>(incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos) | $0, $1.65, o $5.80 de copago<br>Los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2 siempre tienen $0 de copago.<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| Todos los demás medicamentos[3] | $0, $5, o $14.40 de copago<br>Los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2 siempre tienen $0 de copago.<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| **Cobertura de Gastos Médicos Mayores** | Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan. |

^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.

[3]Usted no paga más del 25% del costo total de un medicamento o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0.

| Beneficios adicionales del plan | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| **Servicios quiroprácticos** | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| **Manejo de la diabetes** | Suministros para el control de la diabetes[2] | $0 de copago<br>Cubrimos solamente las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas.<br>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide.<br>Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. | 20% de coseguro |
| | Capacitación para el automanejo de la diabetes | $0 de copago | 40% de coseguro |
| | Plantillas o zapatos terapéuticos[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 20% de coseguro |
| | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas | $0 de copago o 20% de coseguro | 20% de coseguro |

| Beneficios adicionales del plan | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| | ortopédicas, extremidades artificiales)[2] | | |
| **Programa de acondicionamiento físico** | | \$0 de copago<br>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:<br>• Membresía gratuita a gimnasios en centros principales<br>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios | Si usted utiliza un proveedor fuera de la red, usted paga 90% del costo total |
| **Cuidado de los pies** (servicios de podiatría) | Exámenes y tratamiento de los pies[2] | \$0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Cuidado de los pies de rutina | \$0 de copago, 6 visitas por cada año* | 30% de coseguro, 6 visitas por cada año* |
| **Cuidado de asistencia médica a domicilio[2]** | | \$0 de copago | \$0 de copago |
| **Cuidados para Enfermos Terminales** | | Usted no paga nada por los cuidados para enfermos terminales recibidos de cualquier centro aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados para enfermos terminales están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan. | |
| **Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides[2]** | | \$0 de copago | \$0 de copago |
| **Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias** | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2] | \$0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |
| | Visita de terapia individual para | \$0 de copago o 20% de coseguro | 30% de coseguro |

| Beneficios adicionales del plan | | | |
|---|---|---|---|
| | | **Dentro de la red** | **Fuera de la red** |
| | pacientes ambulatorios[2] | | |
|  | **Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar**<br>Los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) permiten que los miembros—que cumplen los requisitos—cuya enfermedad es verificada por su proveedor—utilicen los créditos del plan para pagar alimentos saludables y servicios públicos, junto con artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y otros productos de apoyo para el bienestar. | $176 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para miembros que califiquen<br>• Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más<br>• Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua<br>• Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General, Target y en las tiendas de su comunidad que le queden cerca<br>• Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet<br>• Obtenga 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 una tienda fuera de la red, usted paga 90% del costo total |

## Beneficios adicionales del plan

| | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Diálisis renal**[2] | $0 de copago o 20% de coseguro | 20% de coseguro |

[2] Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

*Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.

## Descuentos para miembros



Como miembro del plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare, usted tendrá acceso a una colección de descuentos en cientos de productos y servicios. Una vez que sea miembro, usted puede iniciar sesión en su sitio web para miembros y consultar la lista de descuentos disponibles para usted.

## Deducible del plan

Su plan tiene un deducible para ciertos servicios. La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (Evidencia de Cobertura, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos.
Se aplica el deducible a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario.

## Deducible médico anual

Su deducible es el deducible de la Parte B de Medicare Original del año 2027 por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación. El deducible de Medicare del año 2026 es de $283. El deducible para el año 2027 será determinado por CMS en el otoño de 2026. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

**Funciona de la siguiente manera:**

1. Usted paga el deducible total de plan; luego,
2. Usted paga su copago o coseguro; finalmente,
3. Su plan paga el resto.

Se aplica el deducible dentro y fuera de la red a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario:

| **Dentro de la red**<br>Lista de servicios que corresponden | **Fuera de la red**<br>List of applicable services |
|---|---|
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**<br>• Centro de cirugía ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico<br>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico<br>• Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios | **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**<br>• Centro de cirugía ambulatoria (ASC)<br>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía<br>• Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios |
| **Visitas al médico**<br>• Médico Primario<br>• Especialistas | **Visitas al médico**<br>• Médico Primario<br>• Especialistas |
| **Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías**<br>• Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico y examen vascular a domicilio<br>• Servicios de laboratorio<br>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico | **Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías**<br>• Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI)<br>• Servicios de laboratorio<br>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico<br>• Radiología terapéutica<br>• Radiografías para pacientes ambulatorios |

| | |
|---|---|
| • Radiología terapéutica<br>• Radiografías para pacientes ambulatorios | |
| **Servicios para la audición**<br>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio | **Servicios para la audición**<br>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio |
| **Servicios para la vista**<br>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos<br>• Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas | **Servicios para la vista**<br>• Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos<br>• Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas |
| **Salud mental**<br>• Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios<br>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios | **Salud mental**<br>• Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios<br>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios |
| **Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje** | **Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje** |
| **Ambulancia** | **Ambulancia** |
| **Medicamentos de la Parte B de Medicare**<br>• Medicamentos para quimioterapia<br>• Otros medicamentos de la Parte B | **Medicamentos de la Parte B de Medicare**<br>• Medicamentos para quimioterapia<br>• Otros medicamentos de la Parte B |
| **Servicios quiroprácticos**<br>• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación | **Servicios quiroprácticos**<br>• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación |
| **Manejo de la diabetes**<br>• Suministros para el control de la diabetes<br>• Plantillas o zapatos terapéuticos | **Manejo de la diabetes**<br>• Suministros para el control de la diabetes<br>• Capacitación para el automanejo de la diabetes<br>• Plantillas o zapatos terapéuticos |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**<br>• Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)<br>• Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) | **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**<br>• Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)<br>• Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) |
| **Cuidado de los pies**<br>• Exámenes y tratamiento de los pies | **Cuidado de los pies**<br>• Exámenes y tratamiento de los pies |

| | |
|---|---|
| **Visita de terapia ocupacional** | **Visita de terapia ocupacional** |
| **Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides** | **Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides** |
| **Servicios para trastornos por consumo de sustancias como paciente ambulatorio**<br>• Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios<br>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios | **Servicios para trastornos por consumo de sustancias como paciente ambulatorio**<br>• Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios<br>• Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios |
| **Diálisis renal** | **Diálisis renal** |
| | **Servicios para pacientes hospitalizados**<br>• Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados<br>• Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados |
| | **Centro de enfermería especializada (SNF)** |
| | **Cuidado de asistencia médica a domicilio** |

## Beneficios de Medicaid

Información para personas que tienen Medicare y Medicaid. Primero Medicare paga los servicios que usted reciba y luego Medicaid.

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. También podrá ver lo que cubre State of Mississippi Division of Medicaid y lo que cubre nuestro plan.
**La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid.** Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero usted podría tener que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener más información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a State of Mississippi Division of Medicaid, 1-800-421-2408.

| Beneficios | Medicaid | UHC Dual Complete MS-Q1 (PPO D-SNP) |
|---|---|---|
| **Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Visitas al Consultorio de un Médico** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado Preventivo** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de Emergencia** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios Requeridos de Urgencia** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios para la Audición** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios Dentales** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios para la Vista** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Hospitalizados** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de la Salud Mental** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Centro de Enfermería Especializada (SNF)** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Ambulancia** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Transporte (de Rutina)** | Sin Cobertura | Con cobertura |
| **Beneficios de Medicamentos con Receta** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado Quiropráctico** | Con cobertura | Con cobertura limitada |
| **Suministros y Servicios para la Diabetes** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Equipo Médico Duradero** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de los Pies** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio** | Con cobertura | Con cobertura |

| | | |
|---|---|---|
| **Cuidados para Enfermos Terminales** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Diálisis Renal** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Prótesis** | Con cobertura | Con cobertura |

## Acerca de este plan

UHC Dual Complete MS-Q1 (PPO D-SNP) es un plan Medicare Advantage PPO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP); es para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores.

Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D.
- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D.
- **Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Usted paga los costos compartidos que se indican en la tabla anterior. Es posible que haya algunos servicios que no tengan un costo compartido para el miembro.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la la agencia estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tengan un costo compartido para el miembro.
- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por

lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Si se modifica su categoría de participación en Medicaid, es posible que el costo compartido que le corresponde también aumente o disminuya. Usted debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo cobertura de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Mississippi:** Attala, Benton, Clarke, Copiah, Covington, DeSoto, Forrest, George, Greene, Hancock, Harrison, Hinds, Holmes, Issaquena, Jackson, Jasper, Jones, Madison, Marshall, Panola, Pearl River, Perry, Rankin, Sharkey, Stone, Tate, Warren, Wayne, Yazoo.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete MS-Q1 (PPO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede consultar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Además, le ofrece la flexibilidad de acceder a una red de proveedores locales. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las tablas anteriores aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **UHC.com/Medicare** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

## Información necesaria

UHC Dual Complete MS-Q1 (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.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

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

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.

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, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

**Aparatos auditivos -** Es posible que el plan solamente cubra aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición.

**Servicios 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.

**Artículos para la vista de rutina -** Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. La red de proveedores y tiendas minoristas puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios para la vista según Zelis Network360, marzo de 2023. Examen de la vista de rutina anual y asignación de $100-450 para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total, ya sea anualmente o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

**Programa de acondicionamiento físico -** Los beneficios de acondicionamiento físico y las redes 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. Revise su Evidencia de Cobertura para obtener más información. 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 también cumplen los criterios del plan que indiquen que están en alto riesgo de hospitalización y cumplen los requisitos para la coordinación de cuidados intensivos. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí. Si utiliza este beneficio para ciertos servicios públicos, podría considerarse ingresos para asistencia de vivienda. Consulte con su autoridad de vivienda para obtener información detallada.

**Descuentos para miembros -** Como miembro del plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare, usted tendrá acceso a una colección exclusiva de descuentos en cientos de productos y servicios. Una vez que sea miembro, usted puede iniciar sesión en su sitio web para miembros y consultar la lista de descuentos disponibles para usted. Los descuentos descritos no se ofrecen ni se garantizan por nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, los descuentos no están sujetos al proceso de apelación de Medicare.

Cualquier disputa relacionada con esos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas formales de UnitedHealthcare. Las ofertas de descuentos pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Las ofertas de descuentos están disponibles para los miembros a través de un tercero. La participación en las ofertas de descuentos de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de los servicios ni de la información proporcionada por terceros.

**Programa de Recompensas -** Las ofertas de recompensas de Medicare Advantage pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Al participar en el programa o acceder a los fondos de recompensa, usted acepta las **Condiciones de Servicio del Programa de Recompensas**. Los miembros deben participar entre enero y diciembre para ganar todas las recompensas disponibles. Las recompensas deben ganarse e informarse durante los plazos especificados por el plan.