Resumen de Beneficios 2027

UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)

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

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **UHC.com/CommunityPlan**

Llame al número gratuito **1-866-547-0772**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

United Healthcare® Dual Complete

Y0066_SB_H3387_013_000_2027_M SP

UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP): Resumen de Beneficios 2027

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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 NY-YL (HMO-POS 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. Descripción general de los servicios 10

D. Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) 32

E. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) 32

F. Servicios que no cubre UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid 33

G. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan 33

H. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado 36

I. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude 37

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

A. Exenciones de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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 NY-YL (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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 de New York. 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.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille, traducciones de idiomas o audio. Llame al **1-866-547-0772** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Este documento está disponible sin costo en español.

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 NY-YL (HMO-POS 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.

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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

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 Medicare Advantage Plus (MAP/HMO) + Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP)?	Nuestro plan MAP es una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) alineada con un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) (Medicaid y Medicare). Nuestro plan combina sus servicios de cuidado a domicilio y para el cuidado a largo plazo de Medicaid y sus servicios de Medicare. Combina sus médicos, hospitales, farmacias, cuidado a domicilio, cuidado en un asilo de convalecencia, cuidado de la salud del comportamiento (servicios de salud mental y para adicciones o consumo de sustancias) y otros proveedores de cuidado de la salud en un solo sistema de cuidado de la salud coordinado. También cuenta con administradores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite. Nuestro plan MAP se llama UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP).
En UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Medicaid que recibo ahora?	Si antes de inscribirse en UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) usted estaba inscrito en Medicare Original o en otro plan de Medicare, podría recibir los beneficios o servicios de manera diferente. Recibirá casi todos sus beneficios cubiertos de Medicare y de Medicaid directamente de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP). Cuando se inscriba en UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), usted y su Equipo de Cuidado de la Salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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 NY-YL (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora? (Este servicio continúa en la página siguiente)	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles. • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP). • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia de servicios para casos de crisis de salud del comportamiento o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera de la red de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP). 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 NY-YL (HMO-POS D-SNP). También puede visitar nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan** para obtener la lista más actual. Si es nuevo en UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado (ICP) que satisfaga sus necesidades. Puede seguir usando los proveedores que usa ahora durante 90 días o hasta que su Plan de Cuidado Individualizado esté completo. Además, los miembros que se inscriban a partir del 1 de enero de 2027 podrán seguir usando los mismos proveedores de servicios de salud del comportamiento durante un máximo de 24 meses como parte de un episodio de cuidado continuo. “Episodio de Cuidado de la Salud del Comportamiento Continuo” significa un tratamiento ambulatorio de salud del comportamiento, distinto de los servicios ambulatorios de desintoxicación y abstinencia, que comenzó antes de la fecha de vigencia de la inclusión del beneficio de salud del comportamiento en el plan MAP en el área geográfica de servicio en la que se habían prestado servicios a un miembro al menos dos veces durante los seis meses anteriores al 1 de enero de 2027 por parte del mismo

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora? (continuación)	proveedor para el tratamiento del mismo problema de salud del comportamiento o de un problema relacionado.
¿Qué es un Administrador del Cuidado de la Salud?	Un Administrador del Cuidado de la Salud es la persona con la que usted debe comunicarse en nuestro plan. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite. Los miembros pueden tener un Administrador del Cuidado de la Salud que trabaja para el Plan, así como un Administrador del Cuidado de la Salud especializado del programa Health Home/Health Home Plus (consulte la Sección E. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete NY-YL [HMO-POS D-SNP]).
¿Qué es el programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS)?	El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) consiste en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. Estos servicios se suelen prestar en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital cuando sea necesario. El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados está disponible para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos y financieros.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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, por ejemplo, debido a la escasez de personal con la pericia o la disponibilidad necesarias para prestar los servicios, UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) cubrirá los servicios prestados por un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: New York: Albany, Bronx, Broome, Cayuga, Chautauqua, Chemung, Chenango, Clinton, Columbia, Dutchess, Erie, Essex, Franklin, Fulton, Genesee, Greene, Herkimer, Jefferson, Kings, Lewis, Livingston, Madison, Monroe, Nassau, New York, Niagara, Oneida, Onondaga, Ontario, Orange, Orleans, Oswego, Queens, Rensselaer, Richmond, Rockland, Schenectady, Seneca, St. Lawrence, Suffolk, Tioga, Ulster, Warren, Wayne, Westchester, Wyoming, Yates. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a que usted debe obtener la aprobación de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) antes de que UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) cubra un servicio, artículo o medicamento específico, o un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la preaprobación, es posible que UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, artículo o medicamento. **Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios para casos de crisis de salud del comportamiento o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una aprobación primero.** UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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 proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación por escrito para que usted pueda usar especialistas u otros proveedores dentro de la red del plan. Esto se puede hacer por vía electrónica; sin embargo, si usted no obtiene aprobación, es posible que UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) no cubra los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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. Para obtener más información sobre cuándo se necesita una referencia, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)?	No. Dado que usted tiene la Asistencia Médica (Medicaid), no tendrá que pagar ninguna prima mensual por su cobertura de salud. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague la Asistencia Médica (Medicaid) u otro tercero por usted.
¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)?	En UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido (copagos o deducibles) por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de $0.

C. Descripción general de los servicios

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario (Este servicio continúa en la página siguiente)	Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$0	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (incluyen la cirugía o el tratamiento para pacientes ambulatorios que realice un médico o un cirujano)	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	$0	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 cuidado hospitalario (continuación)	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted quiere usar un proveedor de cuidado de la salud para pacientes ambulatorios	Visitas al médico (incluidas las visitas a Proveedores de Cuidado Primario y especialistas)	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red. Los especialistas requieren una referencia de su médico.
	Visitas virtuales médicas	$0 de copago por hablar con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en vivo	
	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	
	Cuidado preventivo (cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, entre otras)	$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	$0	
	Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (solo por única vez)	$0	

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, que incluyen emergencias de salud mental en Programas Integrales de Emergencias Psiquiátricas (CPEP)	$0	Puede usar cualquier sala de emergencias o Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas si cree razonablemente que necesita cuidado de emergencia. No necesita una preautorización y no es necesario que esté dentro de la red. Los servicios recibidos en la sala de emergencias NO ESTÁN cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
	Cuidado de urgencia	$0	El cuidado de urgencia no es cuidado de emergencia. No necesita una preautorización y no es necesario que esté dentro de la red. El cuidado de urgencia NO ESTÁ cubierto fuera de los Estados Unidos y sus territorios, excepto en circunstancias limitadas. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
Usted necesita exámenes médicos (Este servicio continúa en la página siguiente)	Análisis de laboratorio, como análisis de sangre	$0	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 exámenes médicos (continuación)	Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT)	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Exámenes, como pruebas para detectar cáncer	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Radiología terapéutica	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita servicios para la audición	Exámenes de audición (incluidos los exámenes de audición de rutina)	$0	
	Aparatos auditivos (así como ajustes y accesorios y suministros relacionados)	$0	
Usted necesita cuidado dental (Este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios dentales (incluidos, entre otros, exámenes y limpiezas de rutina, radiografías, empastes dentales, coronas, extracciones, dentaduras postizas y cuidado periodontal y de endodoncia)	$0	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

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado dental (continuación)			Es posible que su proveedor deba obtener 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
Usted necesita cuidado de la vista	Servicios para la vista (incluidos los exámenes anuales de la vista)	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Anteojos o lentes de contacto	$0	
	Otro cuidado de la vista (incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas del ojo)	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Evaluación anual de las necesidades sociales relacionadas con la salud y orientación para acceder a los servicios	Puede conectarse con organizaciones en su comunidad que prestan servicios para ayudar con la vivienda, el transporte y la administración del cuidado de la salud sin costo para usted, a través de una Red de Cuidado Social (SCN) regional.	$0	Si está interesado, llame a Servicio al Cliente y le conectaremos con una Red de Cuidado Social en su área. El Orientador de Cuidado Social verificará sus requisitos de participación, le proporcionará más información sobre estos servicios y le ayudará a conectarse con ellos.

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 tiene un problema de salud mental (Este servicio continúa en la página siguiente)	Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados (servicios de salud mental a largo plazo, incluidos los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico, un hospital general, una unidad psiquiátrica de un hospital para casos agudos, un Centro de Cuidado a Corto Plazo [STCF], un Centro para el Tratamiento de Adicciones [ATC] Administrado por el Estado, rehabilitación de adicciones para pacientes hospitalizados, desintoxicación supervisada médicamente para pacientes hospitalizados o un hospital de acceso crítico)	$0	

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 tiene un problema de salud mental (continuación)	Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios adultos Tratamiento Diurno Continuado (CDT) Hospitalización parcial	$0	
	Cuidado de la salud mental de rehabilitación para pacientes ambulatorios adultos Tratamiento Asertivo Comunitario (ACT) Tratamiento de Salud Mental y Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (MHOTRS) Servicios Personalizados Orientados a la Recuperación (PROS)	$0	
	Servicios de rehabilitación de salud mental y adicciones para pacientes ambulatorios	$0	

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 tiene un problema de salud mental (continuación)	adultos para miembros que cumplen los requisitos clínicos. También se conocen como servicios de Fortalecimiento y Recuperación Orientados a la Comunidad (CORE). Servicios de Fortalecimiento y Recuperación Orientados a la Comunidad: Rehabilitación Psicosocial (PSR) Tratamiento y Apoyos Psiquiátricos a Nivel Comunitario (CPST) Servicios de fortalecimiento — apoyos de pares Capacitación y Apoyo Familiar (FST)		
	Servicios para casos de crisis de salud mental para adultos Programa Integral de Emergencias Psiquiátricas (CPEP) Servicios Móviles y Telefónicos para Casos de Crisis	$0	

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 tiene un problema de salud mental (continuación)	Programas Residenciales para Casos de Crisis		
	Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios (que incluye, entre otros, terapia y asesoramiento clínico, apoyo de pares, rehabilitación psicosocial, administración de medicamentos, psicoeducación familiar y modelos de cuidado intensivo para pacientes ambulatorios) (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios ampliados de salud mental para pacientes ambulatorios del plan. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea la Evidencia de Cobertura.)	$0	Los servicios pueden ser prestados por cualquier agencia de proveedores aprobada, designada o con licencia de la Oficina de Salud Mental (OMH) o por un psiquiatra o un médico con licencia del estado, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un especialista en enfermería clínica, una enfermera especialista, un asistente médico, un psiquiatra de la Red de Profesionales Independientes (IPN), un psicólogo o una Enfermera de Práctica Avanzada (APN), u otro profesional de cuidado de la salud mental calificado según lo permitan las leyes estatales vigentes. 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 tiene una crisis de salud mental o por consumo de sustancias	Servicios Móviles para Casos de Crisis (evaluación por teléfono o respuesta del equipo móvil para casos de crisis); estabilización residencial de crisis a corto plazo (para casos de crisis de salud mental)	$0	Cualquier proveedor aprobado para servicios móviles en casos de crisis o con licencia para servicios residenciales en casos de crisis en el estado de New York. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted tiene un problema de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias (Este servicio continúa en la página siguiente)	Servicios de Fortalecimiento y Recuperación Orientados a la Comunidad (que son apoyos móviles de salud del comportamiento centrados en la persona y orientados a la recuperación. Los Servicios de Fortalecimiento y Recuperación Orientados a la Comunidad desarrollan habilidades y autoeficacia que promueven y facilitan la participación en la comunidad y la independencia).	$0	Los Servicios de Fortalecimiento y Recuperación Orientados a la Comunidad están disponibles para los miembros que cumplen ciertos requisitos clínicos. Cualquier persona puede referir o referirse a los Servicios de Fortalecimiento y Recuperación Orientados a la Comunidad.

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 tiene un problema de salud mental o un trastorno por consumo de sustancias (continuación)	(Nota: Para obtener más información sobre los Servicios de Fortalecimiento y Recuperación Orientados a la Comunidad y para determinar si usted cumple los requisitos para ellos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea la Evidencia de Cobertura.)		
Usted tiene un trastorno por consumo de sustancias (Este servicio continúa en la página siguiente)	Los servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados y ambulatorios (incluidos, entre otros, el manejo de la desintoxicación y la abstinencia, los servicios residenciales a corto plazo, los servicios en centros de tratamiento residencial y	$0	

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 tiene un trastorno por consumo de sustancias (continuación)	el Tratamiento Asistido con Medicamentos [metadona]) (Nota: Esta no es una lista completa de los servicios ampliados para trastornos por consumo de sustancias. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea la Evidencia de Cobertura.)		
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada	$0	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.
	Asilo de convalecencia	$0	
	Cuidado de custodia (cuidado a largo plazo en un Centro de Enfermería)	$0	Los servicios están cubiertos para quienes necesitan el nivel de cuidado en un centro de enfermería y cuyas metas de rehabilitación se cumplieron o interrumpieron sin ningún plan para el alta a la comunidad en un plazo no mayor de 180 días de la admisión.

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 terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla (para pacientes ambulatorios o en el domicilio)	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Transporte de emergencia	$0	$0 de copago por transporte terrestre $0 de copago por transporte aéreo Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (Este servicio continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare (que incluyen aquellos administrados por su proveedor en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos)	$0	Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la **Evidencia de Cobertura**. 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 medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)	Medicamentos de la Parte D de Medicare Nivel 1: Genéricos Preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De Marca Nivel 4: Medicamentos No Preferidos Nivel 5: Especializados NOTA: Si califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), esto explica lo que usted paga. Si no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos, usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Guía para Miembros.	$0 por un suministro de 30 días o de 100 días en una farmacia minorista de la red (Los miembros que viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.) Genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): $0, $1.65 o $5.80 de copago por un suministro de 30 días Todos los demás medicamentos: $0, $5 o $14.40 de copago Los medicamentos que están en el Nivel 1 siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos** de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) en **myuhc.com/CommunityPlan**. Una vez que usted u otros en nombre de usted hayan pagado $2,400, usted habrá alcanzado la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y pagará $0 por todos sus medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre esta etapa, lea la **Evidencia de Cobertura**. UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su enfermedad antes de cubrir otro medicamento para esa enfermedad. Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.

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)			Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga $0. Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) para ciertos medicamentos. Usted debe usar ciertas farmacias para surtir un número muy limitado de medicamentos con determinados requisitos (de manejo especial, coordinación de proveedores o educación del paciente) que la mayoría de las farmacias dentro de su red no pueden cumplir. Estos medicamentos se encuentran en el sitio web del plan, la **Lista de Medicamentos Cubiertos**, y los materiales impresos, así como en el Buscador de Planes de Medicamentos con Receta de Medicare en **www.medicare.gov/plan-compare**.

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)			El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir **un suministro de hasta 100 días**.
	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 NY-YL (HMO-POS D-SNP).
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría (incluso los exámenes de rutina)	$0	
	Servicios de ortesis	$0	
Usted necesita equipo médico duradero (DME) o suministros (Este servicio continúa en la página siguiente)	Por ejemplo, sillas de ruedas, nebulizadores, muletas, andadores con soporte para rodilla, andadores y equipo de oxígeno y suministros (Nota: Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos o suministros cubiertos. Para obtener más información, llame	$0	

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) o suministros (continuación)	a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea la Evidencia de Cobertura.)		
Usted necesita servicios de interpretación	Intérprete de idiomas hablados	$0	
	Intérprete de lenguaje de señas	$0	
Otros servicios cubiertos (Este servicio continúa en la página siguiente)	Acupuntura	$0	
	Coordinación del cuidado de la salud del plan	$0	
	Servicios quiroprácticos	$0	
	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$0	$425 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

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)
Otros servicios cubiertos (continuación)			• Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General, Target y en las tiendas de su comunidad que le queden cerca • Pague servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet • Reciba apoyo para el bienestar, que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, alivio del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más
	Suministros para la diabetes	$0	Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, AccuChek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Otros servicios cubiertos (continuación)			Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Pruebas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos (EPSDT) (que incluyen exámenes preventivos, exámenes médicos, exámenes y servicios para la vista y la audición, vacunas, pruebas de detección de plomo y servicios de enfermería privada)	$0	Las Pruebas de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Tempranos y Periódicos son para miembros menores de 21 años.
	Programa de acondicionamiento físico	$0	$0 de copago Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: • Membresía gratuita a un gimnasio en centros estándar • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios

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)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Transporte de rutina	$0	$0 de copago por 60 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias
	Planificación familiar	$0	Los servicios para la planificación familiar prestados por proveedores fuera de la red están cubiertos directamente por Medicaid de tarifa por servicio. Puede visitar a cualquier médico o clínica que acepte Medicaid y ofrezca servicios para la planificación familiar. También puede visitar a uno de nuestros proveedores de planificación familiar.
	Cuidados para enfermos terminales	$0	Usted no paga nada por los cuidados para enfermos terminales recibidos de cualquier centro de cuidados para enfermos terminales aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados para enfermos terminales están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.

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)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Mamografías	$0	Las mamografías de diagnóstico que se realizan en relación con el tratamiento o el seguimiento del cáncer de seno son ilimitadas y están cubiertas siempre que sean médicamente necesarias. Mamografías de Detección: Con cobertura una vez cada 12 meses (deben haber transcurrido 11 meses completos desde el último examen).
	Programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (MLTSS) (que incluye, entre otros, servicios en vivienda asistida; fisioterapia, terapia cognitiva, terapia ocupacional y terapia del habla; servicios de ayuda para tareas domésticas; programa de entrega de comida a domicilio; modificaciones en el lugar de residencia [como la instalación de rampas o barras de agarre]; y cuidado diurno social para adultos)	$0	El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados presta servicios a los miembros que necesitan el nivel de cuidado prestado normalmente en un Centro de Enfermería y permite que reciban el cuidado que necesitan en un centro residencial o comunitario. El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados está disponible para todos los miembros; la autorización de servicios específicos, incluida la cantidad, se indica en el Plan de Cuidado individualizado aprobado del miembro.

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)
Otros servicios cubiertos (continuación)	Cuidado médico diurno (que incluye servicios preventivos, terapéuticos, de diagnóstico y de rehabilitación, bajo supervisión médica y de enfermería, en un centro de cuidado ambulatorio)	$0	El cuidado médico diurno se proporciona para satisfacer las necesidades de las personas que tienen limitaciones físicas o deterioros cognitivos a fin de apoyar su vida en la comunidad.
	Asistencia para el Cuidado Personal (PCA)	$0	Asistencia con las actividades diarias como bañarse, vestirse, usar el baño, hacer las compras, cocinar, incluso tareas relacionadas con la salud realizadas por una persona calificada en el domicilio del miembro, bajo la supervisión de una enfermera profesional titulada, conforme a lo certificado por un médico según el plan de cuidado por escrito del miembro.
	Servicios de prótesis	$0	
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	$0	

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP). Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

D. Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)

Esta no es una lista completa. Para saber sobre estos servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o lea la **Evidencia de Cobertura**.

Servicios adicionales que cubre UHC Dual Complete® NY-YL (HMO-POS D-SNP)	Sus costos
Cuidado Quiropráctico	$0
Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio	$0
Diálisis Renal	$0

E. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)

Esta no es una lista completa. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para saber qué otros servicios no están cubiertos por UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicaid de tarifa por servicio.

Otros servicios cubiertos por Medicaid de tarifa por servicio	Sus costos
Transporte Médico que No es de Emergencia	$0
Administración del Cuidado de la Salud del Programa Health Home (HH) y Health Home Plus (HH+)	$0
Clínicas Comunitarias Certificadas de Salud del Comportamiento (CCBHC)	$0
Servicios de Intervención en Crisis para Jóvenes de 18 a 20 años	$0
Servicios de Apoyo Comunitario (CSS)	$0

F. Servicios que no cubre UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan. Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a **Servicio al Cliente** al número que se encuentra al final de esta página.

Servicios que no cubre UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid
Artículos Personales y para la Comodidad
Cirugía estética si no es médicamente necesaria
Servicios de un proveedor que no forme parte del plan, a menos que el plan le refiera a ese proveedor

G. Sus derechos y responsabilidades como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), usted tiene ciertos derechos concernientes al cuidado de su salud. También tiene ciertas responsabilidades con los proveedores de cuidado de la salud que le atienden. Independientemente de su enfermedad, no pueden negarle el tratamiento médicamente necesario. Usted 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 raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, credo, sexo, edad, estado de salud, discapacidad física, mental o sensorial, orientación sexual, información genética, capacidad de pago o dominio del inglés. Ningún proveedor de cuidado de la salud debería involucrarse en ninguna práctica, con respecto a ningún miembro, que constituya discriminación ilegal conforme a cualquier ley o norma federal o estatal.
    - Pedir y obtener información en otros formatos (por ejemplo, letra grande, braille o audio) sin cargo
    - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
    - Que los proveedores de la red no le facturen
    - Que sus preguntas e inquietudes sean respondidas de forma completa y cortés
    - Ejercer sus derechos libremente, sin ningún efecto negativo en el trato que recibe de parte de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) o de su proveedor
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios. 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:

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

  - UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)
  - Sus derechos y responsabilidades
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y Administradores del Cuidado de la Salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año. Puede llamar a Servicio al Cliente para cambiar su proveedor de cuidado primario.
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento en la medida que lo permita la ley, 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 sobre cualquier tipo de cuidado de la salud que le aconseje recibir su proveedor de cuidado primario o su Equipo de Cuidado de la Salud. UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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
  - Recibir su **Evidencia de Cobertura** y cualquier material impreso de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) traducidos en su idioma prevaleciente, o que le lean estos materiales en voz alta si usted tiene dificultad para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a solicitud y sin cargo.
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para el cuidado de urgencia y de emergencia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, sin una preaprobación
  - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

- **Usted tiene derecho a 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
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Acceder a un proceso sencillo para expresar sus inquietudes y contar con que UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) realice el seguimiento correspondiente
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores. También tiene derecho a apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente de los servicios o artículos de Medicaid que sean de naturaleza médica
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores
  - Solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial Estatal)
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios.

Sus responsabilidades incluyen, entre otras, las siguientes:

- **Usted tiene la responsabilidad de tratar a los demás de manera justa y con respeto y dignidad.** Usted debería:
  - Tratar a sus proveedores de cuidado de la salud con dignidad y respeto
  - Asistir a las citas, ser puntual y llamar con anticipación si va a llegar tarde o tiene que cancelar una cita
- **Usted tiene la responsabilidad de dar información sobre usted y su salud.** Usted debería:
  - Informarle claramente sus problemas de salud a su proveedor de cuidado de la salud y proporcionarle toda la información que sea posible
  - Contarle a su proveedor de cuidado de la salud sobre usted y su historial médico
  - Informarle a su proveedor de cuidado de la salud que usted es miembro de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)
  - Hablar con su proveedor de cuidado primario, Administrador del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada sobre el uso de los servicios de un especialista antes de visitar un hospital (excepto en casos de emergencia)
  - Avisarle a su proveedor de cuidado primario, Administrador del Cuidado de la Salud u otra persona apropiada de cualquier emergencia o tratamiento fuera de la red en un plazo no mayor de 24 horas
  - Notificar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) si hay algún cambio en su información personal, como su dirección o número de teléfono
- **Usted tiene la responsabilidad de tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Usted debería:
  - Informarse sobre sus problemas de salud y cualquier tratamiento recomendado, y considerar el tratamiento antes de que sea realizado

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al **1-866-547-0772**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

  - Colaborar con su Equipo de Cuidado de la Salud y crear planes de tratamiento y fijar metas juntos
  - Seguir las instrucciones y los planes de cuidado que hayan acordado con su proveedor de cuidado de la salud, y recordar que rehusarse a recibir el tratamiento recomendado por su proveedor de cuidado de la salud podría perjudicar su salud
- **Usted tiene la responsabilidad de obtener sus servicios de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP).** Usted debería:
  - Recibir todo el cuidado de su salud de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP), excepto en situaciones de emergencia, cuidado de urgencia, servicios de diálisis fuera del área de servicio o servicios para la planificación familiar, a menos que UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) proporcione una preautorización para el cuidado fuera de la red
  - No permitir que nadie use su tarjeta de ID de miembro de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) para obtener servicios para el cuidado de la salud
  - Notificar a UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) cuando usted crea que alguien usó indebida e intencionalmente los beneficios o servicios de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP)

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP). Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

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

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.
Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 8** de la **Evidencia de Cobertura.** También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

Para presentar quejas/quejas formales o apelaciones médicas:

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

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

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

También tiene derecho a comunicarse con el Departamento de Salud del Estado de New York para presentar su queja. Puede comunicarse con el Departamento de Salud por:

o Teléfono: 1-866-712-7197
o Correo Postal: New York State Department of Health
Bureau of Consumer Services
99 Washington Ave/One Commerce Plaza
16th Fl
Albany, NY 12210
o Correo Electrónico: mltccomplaints@health.ny.gov

I. 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 NY-YL (HMO-POS D-SNP) a los números de teléfono que se encuentran al final de esta página.
- 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**.**
- O bien, llame a la Línea Directa de Medicaid para Denunciar Fraude del Estado de New York al **1-877-87 FRAUD**.

ASISTENCIA EN OTROS IDIOMAS

ATTENTION: Language assistance services and other aids, free of charge, are available to you. Call 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	English
ATENCIÓN: Dispone de servicios de asistencia lingüística y otras ayudas, gratis. Llame al 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Spanish
请注意：您可以免费获得语言协助服务和其他辅助服务。请致电 1-866-547-0772, TTY/TDD 711。	Chinese
ملاحظة: خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات الأخرى المجانية متاحة لك. اتصل بالرقم 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Arabic
주의: 언어 지원 서비스 및 기타 지원을 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-866-547-0772, TTY/TDD 711 번으로 연락해 주십시오.	Korean
ВНИМАНИЕ! Вам доступны бесплатные услуги переводчика и другие виды помощи. Звоните по номеру 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Russian
ATTENZIONE: Sono disponibili servizi di assistenza linguistica e altri ausili gratuiti. Chiamare il 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Italian
ATTENTION : Des services d'assistance linguistique et d'autres ressources d'aide vous sont offerts gratuitement. Composez le 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	French
ATANSYON: Gen sèvis pou bay asistans nan lang ak lòt èd ki disponib gratis pou ou. Rele 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	French Creole
אכטונג: שפראך הילף סערוויסעס און אנדערע הילף, זענען אוועילעבל פאר אייך אומזיסט. רופט 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Yiddish
UWAGA: Dostępne są bezpłatne usługi językowe oraz inne formy pomocy. Zadzwoń: 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Polish
ATENSYON: Available ang mga serbisyong tulong sa wika at iba pang tulong nang libre. Tumawag sa 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Tagalog
মনোযোগ নামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং অন্যান্য সাহায্য আপনার জন্য উপলব্ধ। 1-866-547-0772, TTY/TDD 711-এ ফোন করুন।	Bengali
VINI RE: Për ju disponohen shërbime asistence gjuhësore dhe ndihma të tjera falas. Telefononi 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Albanian
ΠΡΟΣΟΧΗ: Υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας και άλλα βοηθήματα είναι στη διάθεσή σας, δωρεάν. Καλέστε στο 1-866-547-0772, TTY/TDD 711.	Greek
توجہ فرمائیں: زبان میں معاونت کی خدمات اور دیگر معاونتیں آپ کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-866-547-0772 TTY/TDD 711۔	Urdu

Si tiene preguntas, llame a UHC , TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La **Para obtener más información,** visite **myUHC.com/CommunityPlan.**

CSNY25MP0361231_000-MAP

Revised 3/2025

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 NY-YL (HMO-POS D-SNP):

Llame al 1-866-547-0772

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Si tiene preguntas sobre su salud:

New York UnitedHealthcare Community Plan | UnitedHealthcare Community Plan

Las preguntas y situaciones médicas a veces surgen en momentos inoportunos. Si tiene preguntas sobre su salud, puede llamar a una enfermera las 24 horas del día, los 7 días de la semana:

Nuestras enfermeras:

- Escucharán sus síntomas
- Le ayudarán con el autocuidado
- Le aconsejarán si puede recibir cuidado en su próxima visita al médico o si necesita un centro de cuidado de urgencia
- Le ayudarán a saber cuándo es el momento de ir a la sala de emergencias

Llame al 1-866-547-0772

Las llamadas a este número son gratuitas. UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS 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 1-866-547-0772

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. UHC Dual Complete NY-YL (HMO-POS D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

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