



# Resumen de Beneficios 2023

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)  
H7778-001-000

Consulte esta guía para aprovechar las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan. Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Número gratuito **1-844-368-5888**, TTY **711**, o su servicio de retransmisión preferido

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



**[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**

United  
Healthcare  
Dual Complete

## Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UnitedHealthcare Dual Complete® (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 UnitedHealthcare Dual Complete® (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 .....	1
B.	Preguntas frecuentes .....	6
C.	Descripción General de los Servicios.....	11
D.	Servicios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).....	29
E.	Servicios que no cubre UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), Medicare ni la Asistencia Médica (Medicaid) .....	29
F.	Sus derechos como miembro del plan .....	30
G.	Qué puede hacer si desea presentar una queja o apelar un servicio o medicamento denegado .....	32
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....	32

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**.

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023. 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](https://myuhc.com/communityplan). Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) al número que aparece al pie de esta página.

- UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa de Asistencia Médica (Medicaid) de Minnesota para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen; no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente o lea la **Evidencia de Cobertura**.
- UnitedHealthcare Dual Complete® es para personas que:
  - Tienen al menos 18 años y son menores de 65 años
  - Tienen una discapacidad certificada a través de la Administración del Seguro Social o el Equipo Estatal de Revisión Médica o el Programa de Exención para Personas con Discapacidades del Desarrollo
  - Viven en el área de servicio
  - Tienen las Partes A y B de Medicare y la Asistencia Médica (Medicaid)
- Con UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), usted puede recibir sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica (Medicaid) en un solo plan de salud. Un coordinador del cuidado de la salud de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad ni discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- 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](https://es.medicare.gov)) o solicitarlo por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Para obtener más información sobre la **Asistencia Médica (Medicaid)**, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **1-651-431-2203** o al número gratuito **1-800-657-3739**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529**.
- ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) Member Services at the number at the bottom of this page. The call is free.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

- FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho af-soomaali, adeegyada kaalmada luuqadda, lacag la'aan, ayaa diyaar kuu ah. Ka wac UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) Member Adeegyada Xubinta lambarka ku yaal boggan hoose. Wacitaanka waa bilaash.
- Puede obtener este documento sin costo en idiomas que no sean inglés y en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al número que aparece al pie de esta página.
- Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma distinto del inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente al número que aparece al pie de esta página.
- La participación en el programa Renew Active® es voluntaria. 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, consulte a su médico. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. La red de gimnasios puede variar en el mercado local.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.
- UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO-POS D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización 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.
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Para obtener información sobre todas sus opciones, visite [es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov) o llame al **1-800-MEDICARE**.
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

- OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento. Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los nuevos medicamentos con receta que OptumRx envía deberían llegar en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el pedido completo, y los pedidos de resurtidos deberían llegar en unos siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**.
- Los beneficios y las características varían según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones.
- Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su **Evidencia de Cobertura** (Evidence of Coverage, EOC).

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**.

**1-844-368-5888, TTY 711, or your preferred relay service**

Attention. If you need free help interpreting this document, call Member Services at the number above. The call is free.

ያስተውሉ: ካለዎንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎም ለክስተርዎ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤစာရွက်စာတမ်းအား အခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း  
အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။\*

កំណត់សម្គាល់: បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះ  
ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သုဉ်ဟ်သး. နမ့ၢ်လိဉ်ဘဉ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤနၤလၢ တၢ်ကကွဲးကျိးထံဝဲဒဉ်  
လံာ်တီလံာ်မိတခါအံၤအဃိ ကိးလိတဲစိနီၣ်ဂံၢ် လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로  
제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣດຊາບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້  
ຮີ, ຈົ່ງໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

## B. Preguntas Frecuentes

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

### Preguntas Frecuentes (FAQ)

	Respuestas
<p><b>¿Qué es un plan Special Needs BasicCare (SNBC)?</b></p>	<p>Nuestro plan es parte del programa Special Needs BasicCare (SNBC). Este programa fue diseñado por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota para proporcionar cuidado especial a las personas de 18 a 64 años que tienen discapacidades. Nuestro plan combina sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica (Medicaid). Combina sus médicos, hospitales, farmacias, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en asilo de convalecencia y otros proveedores de cuidado de la salud en un sistema de cuidado coordinado. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesita.</p> <p>Nuestro programa SNBC se llama UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).</p>
<p><b>¿En UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de la Asistencia Médica (Medicaid) que recibo ahora?</b></p>	<p>Si antes de inscribirse en UnitedHealthcare Dual Complete® (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 la Asistencia Médica (Medicaid) directamente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP). Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Cuando se inscriba en UnitedHealthcare Dual Complete® (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.</p> <p>Si, cuando se inscribe en nuestro plan, está tomando algún medicamento con receta de la Parte D de Medicare que UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento, si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).



**Preguntas Frecuentes (FAQ)**

	<b>Respuestas</b>
<b>¿Puedo usar los mismos proveedores de cuidado de la salud que uso ahora?</b>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos sus médicos y farmacias) trabajan con UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir usándolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. En la mayoría de los casos, usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).</li> <li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera de la red de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP). También puede usar proveedores fuera de la red cuando UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) autorice el uso de estos proveedores.</li> </ul> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el <b>Directorio de Proveedores y Farmacias</b> de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en <a href="http://myuhc.com/communityplan">myuhc.com/communityplan</a>. Si es nuevo en UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO-POS D-SNP), puede seguir usando los proveedores que usa actualmente por hasta 120 días en ciertas situaciones.</p>
<b>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?</b>	<p>Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio cubierto que no se puede prestar dentro de nuestra red, UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red. Es posible que se requiera una preautorización antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Preguntas Frecuentes (FAQ)**

	<b>Respuestas</b>
<b>¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud?</b>	<p>Un coordinador del cuidado de la salud es la principal persona con la que usted debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesita, lo que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarle a organizar, recibir y coordinar evaluaciones, pruebas y apoyos y servicios de salud y de cuidado a largo plazo</li> <li>• Trabajar con usted para desarrollar y actualizar su plan de cuidado</li> <li>• Apoyarle y comunicarse con diversas agencias y personas</li> <li>• Coordinar otros servicios según lo descrito en su plan de cuidado</li> </ul>
<b>¿Dónde está disponible UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)?</b>	<p>El área de servicio de este plan incluye los siguientes condados de Minnesota: Scott y St. Louis. Usted debe vivir en uno de estos condados para inscribirse en el plan. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.</p>
<b>¿Qué es una preautorización?</b>	<p>Preautorización se refiere a que usted debe obtener la aprobación de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) <b>antes</b> de poder recibir un servicio o medicamento específico, o de usar un proveedor fuera de la red. Si no obtiene la aprobación, es posible que UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio o medicamento. <b>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una aprobación primero.</b></p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la <b>Evidencia de Cobertura</b> para obtener más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios en la Sección D del Capítulo 4 de la <b>Evidencia de Cobertura</b> para saber qué servicios requieren una preautorización.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Preguntas Frecuentes (FAQ)**

	<b>Respuestas</b>
<b>¿Qué es el programa Ayuda Adicional?</b>	<p>El programa Ayuda Adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (“LIS”).</p> <p>En UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), sus copagos por medicamentos con receta ya incluyen la cantidad del programa Ayuda Adicional para la que usted califica. Para obtener más información sobre este programa, comuníquese con la Oficina del Seguro Social local o llame al Seguro Social al <b>1-800-772-1213</b>. Los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-800-325-0778</b>. Estas llamadas son gratuitas.</p>
<b>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)?</b>	<p>No. Dado que usted tiene la Asistencia Médica (Medicaid), no tendrá que pagar ninguna prima mensual por su cobertura de salud. Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague la Asistencia Médica u otro tercero por usted.</p>
<b>¿Debo pagar un deducible como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)?</b>	<p>No. Usted no tiene que pagar deducibles en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).</p>
<b>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)?</b>	<p>En UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Preguntas Frecuentes (FAQ)**

	Respuestas
<b>¿Con quién debería comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda?</b>	<p><b>Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las tarjetas de miembro, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP):</b></p> <p><b>Llame al 1-844-368-5888</b></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p> <p>Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.</p> <p><b>TTY 711</b>, o su servicio de retransmisión preferido</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p> <p><b>Si tiene preguntas sobre su salud, llame a NurseLine:</b></p> <p><b>Llame al 1-877-440-9407</b></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><b>TTY 711</b>, o su servicio de retransmisión preferido</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p><b>Si necesita servicios inmediatos para la salud del comportamiento, llame a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento:</b></p> <p><b>Llame al 1-844-368-5888</b></p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p> <p><b>TTY 711</b>, o su servicio de retransmisión preferido</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

## C. Descripción General de los Servicios

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

### Problema o necesidad de salud

	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita cuidado hospitalario</b>	Estadía en el hospital	\$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital.
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización.
<b>Usted desea usar un proveedor de cuidado de la salud</b>	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Cuidado de especialistas	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales	\$0	
	Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (solo por única vez)	\$0	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita cuidado de emergencia</b>	Servicios en una sala de emergencias	\$0	<p>Puede usar cualquier sala de emergencias si cree razonablemente que necesita cuidado de emergencia. No necesita una preautorización ni tiene que estar dentro de la red. Los servicios en una sala de emergencias también están cubiertos fuera de los Estados Unidos, incluido el transporte de emergencia a un centro médico cercano dentro del país extranjero.</p> <p>Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.</p>
	Cuidado requerido de urgencia	\$0	<p>El cuidado requerido de urgencia NO es cuidado de emergencia. No necesita una preautorización ni tiene que estar dentro de la red. Los servicios también están cubiertos fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita exámenes médicos</b>	Pruebas de laboratorio, como análisis de sangre	\$0	
	Radiografías u otras imágenes, como tomografías axiales computarizadas (CAT)	\$0	
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar cáncer	\$0	
<b>Usted necesita servicios para la audición</b>	Exámenes de la audición	\$0	1 por año
	Aparatos auditivos	\$0	El plan paga hasta \$2,000 cada año por 2 aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing.  Incluye los aparatos auditivos que se le entregan a usted directamente con cuidado médico de seguimiento virtual a través de Right2You (modelos selectos), ofrecidos exclusivamente por UnitedHealthcare Hearing.  Su proveedor debe obtener una preautorización.
<b>Usted necesita cuidado dental</b>	Servicios dentales, incluido el cuidado preventivo	\$0	Cobertura preventiva para exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro. Los tratamientos de conducto radicular, los empastes dentales y las dentaduras postizas tienen cobertura cuando son médicamente necesarios.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita cuidado de la vista (continúa en la página siguiente)</b>	Exámenes de la vista	\$0	1 por año
	Reemplazos de anteojos	\$0	Con cobertura cuando son médicamente necesarios.
	Lentes de contacto necesarios	\$0	Con cobertura en lugar de anteojos cuando son médicamente necesarios.
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	Con cobertura cuando son médicamente necesarios. Los lentes de contacto tienen cobertura en lugar de anteojos cuando son médicamente necesarios. Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas, o lentes de contacto para ciertas condiciones cuando los anteojos no surtirán efecto.
	Otro cuidado de la vista, incluido el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y condiciones del ojo	\$0	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).



**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted tiene una condición de salud mental</b>	Servicios para la salud mental o del comportamiento	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.
	Cuidado para pacientes hospitalizados que necesitan servicios para la salud mental a largo plazo	\$0	Se pueden aplicar requisitos estatales de participación. Su proveedor debe obtener una preautorización.
<b>Usted tiene un trastorno por consumo de sustancias</b>	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	
<b>Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle</b>	Cuidado de enfermería especializada	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización.
	Cuidado en asilo de convalecencia	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización.
<b>Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente</b>	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Puede haber límites en los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. En ese caso, podría haber excepciones a estos límites. Su proveedor debe obtener una preautorización.
<b>Usted necesita ayuda con el traslado para recibir servicios de salud</b>	Servicios de ambulancia	\$0	Los servicios de ambulancia deben ser médicamente necesarios. Usted no necesita una preautorización para recibir servicios de ambulancia ni tiene que estar dentro de la red.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
	Transporte de emergencia	\$0	
	Transporte a otros servicios de salud	\$0	
	Transporte a un proveedor de cuidado de la salud para citas médicas	\$0	<p>UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) no está obligado a proporcionarle transporte a su clínica de cuidado primario (PCC) si está a más de 30 millas de su domicilio.</p> <p>UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) no está obligado a proporcionarle transporte a su clínica de cuidado especializado si está a más de 60 millas de su domicilio.</p>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continúa en la página siguiente)</b>	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	\$0	<p>Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su proveedor de cuidado de la salud en su consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p> <p>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)</b>	Medicamentos Genéricos (no de marca) del Nivel 1	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) en <b>myuhc.com/communityplan</b>.</p> <p>UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>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 <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos), y los materiales impresos, así como en el Buscador de Planes de Medicare en <b>es.medicare.gov</b>.</p> <p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) para ciertos medicamentos.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myuhc.com/communityplan**.

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)</b>	Medicamentos de Marca del Nivel 1	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) en <a href="http://myuhc.com/communityplan">myuhc.com/communityplan</a>.</p> <p>UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>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 <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos), y los materiales impresos, así como en el Buscador de Planes de Medicare en <a href="http://es.medicare.gov">es.medicare.gov</a>.</p> <p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) para ciertos medicamentos.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)</b>	Suministros y medicamentos para la diabetes	\$0	<p>Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos</b> (Lista de Medicamentos) de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) en <b><a href="http://myuhc.com/communityplan">myuhc.com/communityplan</a></b>.</p> <p>UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) puede requerir que usted primero pruebe un medicamento para tratar su condición antes de cubrir otro medicamento para esa condición.</p> <p>Algunos medicamentos tienen límites de cantidad.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. Su plan no cubre otras marcas.</p> <p>Su proveedor debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) para ciertos medicamentos.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan)**.

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición (continuación)</b>	Medicamentos sin receta (OTC)	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos.  Los beneficios de productos de venta sin receta tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su <b>Evidencia de Cobertura</b> .
<b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>	Servicios para la rehabilitación	\$0	
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría	\$0	Se cubren 6 visitas de cuidado de los pies de rutina cada año.  Se requiere una autorización para la podiatría. Las visitas de cuidado de los pies de rutina no requieren una autorización.
	Servicios de ortesis	\$0	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Usted necesita equipo médico duradero (DME) o suministros</b>	Por ejemplo, sillas de ruedas, nebulizadores, muletas, andadores con soporte para rodilla, andadores y equipos y suministros de oxígeno <b>(Nota:</b> Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos o suministros cubiertos. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente o lea la <b>Evidencia de Cobertura.</b> )	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización.
<b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio</b>	Servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio	\$0	
<b>Usted necesita servicios de intérpretes</b>	Intérprete de idiomas hablados	\$0	
	Intérprete de lenguaje de señas	\$0	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Servicios Adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Acupuntura	\$0	Los servicios de acupuntura están cubiertos cuando son prestados por un acupunturista con licencia o por otro profesional médico con licencia de Minnesota que tenga capacitación y acreditación en acupuntura.  Se cubren 20 unidades por año con una autorización.
	Coordinación del cuidado de la salud	\$0	Los servicios de coordinación del cuidado de la salud están cubiertos, lo que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarle con las evaluaciones, las pruebas y los servicios de salud</li> <li>• Trabajar con usted para desarrollar y actualizar su plan de cuidado</li> <li>• Apoyarle y comunicarse con diversas agencias y personas</li> <li>• Coordinar otros servicios según lo descrito en su plan de cuidado</li> </ul>
	Servicios quiroprácticos	\$0	1 evaluación por cada año calendario para determinar la necesidad médica. Hasta 24 sesiones por cada año calendario; se limitan a seis por mes.  Las sesiones adicionales requieren una preautorización.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).



**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	Planificación familiar	\$0	Hay servicios disponibles de tratamiento, de asesoramiento y para la planificación familiar. Para obtener más información, consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> .
	Servicios para estabilizar la situación de vivienda	\$0	<p>Los servicios para estabilizar la situación de vivienda tienen cobertura únicamente para la Asistencia Médica (Medicaid) de Minnesota y consta de 4 partes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios para Estabilizar la Situación de Vivienda – Beneficio cubierto por la Asistencia Médica de Minnesota para miembros mayores de 18 años.</li> <li>• Servicios de Consultoría sobre la Vivienda – servicios para desarrollar un plan centrado en la persona para aquellas sin servicios de administración de casos de la Asistencia Médica (MA)</li> <li>• Servicios de Transición a la Vivienda – servicios que apoyan a una persona para buscar una vivienda</li> <li>• Servicios de Sostenibilidad de la Vivienda – servicios que apoyan a una persona para mantener una vivienda</li> </ul>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	Servicios para estabilizar la situación de vivienda (continuación)		<p>Límites</p> <p>Los servicios de consultoría sobre la vivienda están disponibles una vez al año. Se permiten sesiones adicionales si una persona desea cambiar de proveedor de servicios de transición a la vivienda o de servicios de sostenibilidad de la vivienda, o si tiene un cambio significativo en las circunstancias que requiere un nuevo plan centrado en la persona.</p> <p>Los servicios de Transición a la Vivienda se limitan a 150 horas por transición.</p> <p>Los servicios de sostenibilidad de la vivienda se limitan a 150 horas por año.</p> <p>Los proveedores pueden solicitar 150 horas adicionales que excedan estos límites y nosotros determinaremos la necesidad.</p> <p>Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.</p>
	Beneficio de acondicionamiento físico	\$0	El programa Renew Active ofrece una membresía gratuita en un gimnasio que usted elige de nuestra red nacional, más un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico en Internet y desafíos de agudeza mental.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
	Beneficio de comidas	\$0	28 comidas entregadas a su domicilio un número ilimitado de veces por año inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) Su proveedor debe obtener una preautorización.
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	NurseLine	\$0	Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
	Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	\$0	\$130 de crédito cada mes para pagar alimentos, productos de venta sin receta y ciertas facturas de servicios públicos, como la electricidad, con cobertura. Compre en tiendas minoristas de la red o realice un pedido por teléfono o por Internet con entrega a domicilio.
	Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias	\$0	Puede recibir ayuda con solo presionar un botón. Un dispositivo del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS) puede conectarle rápidamente con la ayuda que necesite, las 24 horas del día, en cualquier situación.  Usted debe tener cobertura celular o una línea de teléfono fija que funcione para usar el Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	Conciliación de los medicamentos después del alta		Conciliación de los medicamentos proporcionada después del alta de un centro para pacientes hospitalizados
	Servicios de prótesis	\$0	Se pueden aplicar reglas de autorización.
	Transporte de rutina	\$0	<p>UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) ofrece 48 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, que están cubiertos cada año (se limitan a transporte terrestre únicamente) además de lo que está cubierto por la Asistencia Médica (Medicaid).</p> <p><b>Servicios de Transporte Adicionales:</b></p> <p>Incluye transporte adicional a servicios sociales, lo que incluye, entre otros, bancos de alimentos, el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), la oficina de Medicaid y los programas de educación del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pases de autobús impresos o viajes en transporte público</li> </ul>

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	Sanvello	\$0	Sanvello es una aplicación digital móvil de autoayuda para teléfonos inteligentes que se centra en capacitar a las personas para mejorar su salud mental, a través de la interacción con sus herramientas y actividades de la aplicación.
	Programa FoodRx de Second Harvest Heartland	\$0	Ofrece un programa de alimentos con receta para un subgrupo de miembros con condiciones crónicas o que recientemente tuvieron una estadía como pacientes hospitalizados.
	Modelo Seeking Safety	\$0	Seeking Safety es un modelo basado en un manual que ayuda a las personas que lidian con un trauma/trastorno por estrés postraumático (PTSD) y abuso de sustancias a establecer la seguridad en sus vidas. Seeking Safety aplica 25 estrategias de afrontamiento para ayudar a alcanzar y mantener la seguridad en las relaciones, el pensamiento, los comportamientos y las emociones.
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Problema o necesidad de salud**

	<b>Servicios que usted podría necesitar</b>	<b>Sus costos por proveedores dentro de la red</b>	<b>Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)</b>
<b>Servicios Adicionales (continuación)</b>	Curación Tradicional	\$0	La curación tradicional que se usa en o para la medicina tradicional o con fines ceremoniales para los miembros indoamericanos. Hasta \$250 por cada año calendario. Se pueden aplicar requisitos de participación.
	Visitas Virtuales Médicas	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en directo.
	Visitas Virtuales de Salud Mental	\$0	Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de audio y video en directo.
	Organización White Bison	\$0	White Bison ofrece recursos de aprendizaje sobre sobriedad, recuperación, prevención de adicciones y bienestar/ Wellbriety a la comunidad de nativos americanos/nativos de Alaska de todo el país. Se aplican requisitos de participación.

Este resumen de beneficios se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para saber qué otros servicios están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o lea la **Evidencia de Cobertura**.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myuhc.com/communityplan**.

## D. Servicios cubiertos fuera de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)

Esta no es una lista completa. Llame a Servicio al Cliente para saber qué otros servicios no están cubiertos por UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), pero están disponibles a través de Medicare o de la Asistencia Médica (Medicaid).

### Otros servicios que cubre Medicare o la Asistencia Médica (Medicaid)

	Sus costos
Algunos servicios de cuidados paliativos	\$0
Servicios de un asistente para el cuidado personal	\$0
Servicios de cuidado de enfermería a domicilio	\$0

## E. Servicios que no cubre UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), Medicare ni la Asistencia Médica (Medicaid)

Esta no es una lista completa. Llame a Servicio al Cliente para saber qué otros servicios están excluidos.

### Servicios que no cubre UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), Medicare ni la Asistencia Médica (Medicaid)

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

Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos o medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare o por un estudio clínico aprobado por Medicare

Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario

Procedimientos para mejoras electivas o voluntarias

Cirugía estética u otro procedimiento estético, a menos que se cumplan los criterios

Cirugía LASIK

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

## F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP), usted tiene ciertos derechos concernientes al cuidado de su salud. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. También tiene ciertas responsabilidades con los proveedores de cuidado de la salud que le atienden. Para obtener más información sobre sus derechos y responsabilidades, 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 (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), 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, en letra grande, braille, en 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 y dudas sean respondidas de forma completa y cortés
  - Ejercer sus derechos libremente, sin ningún efecto negativo en el trato que recibe de parte de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) o de su proveedor
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre el tratamiento y sus opciones de tratamiento, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios. Esta información debería estar en un formato y en un idioma que usted pueda comprender. Estos derechos incluyen obtener información sobre:
  - UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)
  - Los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y Coordinadores del Cuidado de la Salud
  - Sus derechos y responsabilidades
- **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). Usted puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento del año. Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, puede llamar al **1-844-368-5888**.
  - Consultar a un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myuhc.com/communityplan**.



- 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 Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT). UnitedHealthcare Dual Complete® (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:
    - Obtener 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 médicos, con otros proveedores y con su plan de salud. Si necesita ayuda con este servicio, llame al **1-844-368-5888**.
    - Recibir su **Evidencia de Cobertura** y cualquier material impreso de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) traducidos en su lengua materna, 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
    - Consultar a un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
  - **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
    - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
    - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal. No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
    - Tener privacidad durante su tratamiento
  - **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 UnitedHealthcare

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myuhc.com/communityplan**.

Dual Complete® (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 apelación estatal (Audiencia Imparcial)
- Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP). Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).

## **G. Qué puede hacer si desea presentar una queja o apelar un servicio o medicamento denegado**

Si tiene una queja o cree que UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame al número que aparece al pie de la página. Tal vez podría apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre quejas y apelaciones, puede leer el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura** de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP). También puede llamar a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).

Además, puede escribirnos una carta sobre su queja formal (queja) o apelación.

### **Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:**

UnitedHealthcare Appeals and Grievance  
Department  
P.O. Box 6106, MS CA124-0187  
Cypress, CA 90630-0016

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

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance  
Department  
P.O. Box 6106, MS CA124-0197  
Cypress, CA 90630-0016

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

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

Si usted cree que un proveedor de cuidado de la salud, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP). Los números de teléfono aparecen al pie de la página.
- Llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **1-800-657-3739**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-627-3529**.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- O bien, llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude de Minnesota al **1-800-627-9977**. La llamada es gratuita.

**Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myuhc.com/communityplan**.

## **Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de ID de Miembro, llame a Servicio al Cliente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP):**



Llame al **1-844-368-5888**

La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**, o su servicio de retransmisión preferido

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

## **Si tiene preguntas sobre su salud:**

Llame a su clínica si está abierta. Siga las instrucciones de su clínica para recibir cuidado cuando la clínica esté cerrada.

Si su clínica está cerrada, también puede llamar a NurseLine. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado. Los números de NurseLine son:



Llame al **1-877-440-9407**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) también tiene servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**, o su servicio de retransmisión preferido

La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana