



# Aviso Anual de Cambios 2024

UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP)



Número gratuito **1-866-242-7726**, TTY **711**

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo;  
de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre



[es.myuhc.com/CommunityPlan](https://es.myuhc.com/CommunityPlan)

**¿Tenemos su dirección correcta?**

Si no es así, háganoslo saber para que reciba toda la información del plan.

United  
Healthcare®

## **Conozca las novedades de su plan para el próximo año**

Este aviso describe las novedades de su plan, pero no incluye toda la información detallada. En todo este aviso, se le dirigirá a [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan) para revisar la información detallada en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el 15 de octubre de 2023.

### **Directorio de Proveedores**

Revise el Directorio de Proveedores 2024 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) estén dentro de la red el próximo año.

### **Directorio de Farmacias**

Revise el Directorio de Farmacias 2024 en Internet para saber qué farmacias estarán dentro de nuestra red el próximo año.

### **Lista de Medicamentos (Formulario)**

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

### **Evidencia de Cobertura (EOC)**

Revise su Evidencia de Cobertura 2024 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. También tiene información sobre el programa de calidad, sobre cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.

### **¿Preferiría obtener copias impresas?**

Si desea una copia impresa de los documentos indicados anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al **1-866-480-1086** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es 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.

### **Reduzca la acumulación de papeles y obtenga los documentos del plan más rápido.**

Visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan) a fin de inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP),  
ofrecido por UnitedHealthcare

# Aviso Anual de Cambios para el Año 2024

## Introducción



**Actualmente, usted está inscrito como miembro de UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP).**

El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este **Aviso Anual de Cambios** le explica los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Guía para Miembros**, que se encuentra en nuestro sitio web en [es.myuhc.com/CommunityPlan](https://es.myuhc.com/CommunityPlan). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

## Recursos adicionales

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- Puede obtener este **Aviso Anual de Cambios** sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us, such as letters in other languages, braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Call Enrollee Services **1-866-242-7726** for additional information (TTY users should call **711**). Hours are 8 a.m.–8 p.m. local time, 7 days a week.
- Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al **1-866-242-7726**. Una persona que habla su idioma preferido puede ayudarle. Este servicio es gratuito.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

- Para solicitar documentos en su idioma preferido que no sea inglés o en un formato alternativo, los miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La información de los miembros se anotará como una solicitud permanente para futuras correspondencias y comunicaciones, de manera que los miembros no tengan que presentar una solicitud por separado cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente sobre un idioma o formato preferido, los miembros pueden comunicarse con Servicio al Cliente para pedir que se actualice su preferencia para futuras comunicaciones.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

## Índice

<b>A.</b>	<b>Exenciones de responsabilidad .....</b>	<b>6</b>
<b>B.</b>	<b>Revise su cobertura de Medicare y de la Asistencia Médica (Medicaid) para el próximo año.....</b>	<b>6</b>
	B1. Información sobre UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) .....	6
	B2. Cosas importantes que debe hacer.....	7
<b>C.</b>	<b>Cambios en el nombre de nuestro plan .....</b>	<b>8</b>
<b>D.</b>	<b>Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red .....</b>	<b>8</b>
<b>E.</b>	<b>Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>9</b>
	E1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
	E2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta .....	10
<b>F.</b>	<b>Cómo elegir un plan .....</b>	<b>11</b>
	F1. Cómo seguir en nuestro plan.....	11
	F2. Cómo cambiar de plan.....	11
<b>G.</b>	<b>Cómo recibir ayuda .....</b>	<b>16</b>
	G1. Nuestro plan.....	16
	G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC .....	16
	G3. El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado.....	17
	G4. Medicare .....	17
	G5. DC Medicaid .....	18



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

---

## A. Exenciones de responsabilidad

---

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

- El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa District of Columbia Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)” en este documento, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Cuando dice “el plan” o “nuestro plan”, se refiere a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP).

---

## B. Revise su cobertura de Medicare y de DC Medicaid para el próximo año

---

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que siga satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la Sección E para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si elige dejar nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en el que se realizó la solicitud. Seguirá estando inscrito en los programas Medicare y DC Medicaid siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Opciones y servicios de DC Medicaid en la **Sección F2**.

---

### B1. Información sobre UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP)

---

- UnitedHealthcare Insurance Company es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- **La cobertura de UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) es una cobertura de salud que califica**, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](https://irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)” en este **Aviso Anual de Cambios**, hacen referencia a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP).

## **B2. Cosas importantes que debe hacer**

---

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios y costos que le afecte.**
  - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
  - Revise los cambios en los beneficios y los costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos con receta que le afecte.**
  - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Usted podrá usar las mismas farmacias?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.
    - Hable con su médico sobre las alternativas de menor costo que pudieran estar disponibles para usted; esto podría ayudarle a ahorrar en los gastos anuales de su bolsillo durante todo el año.
    - Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.
- **Compruebe que sus proveedores y farmacias estén dentro de nuestra red el próximo año.**
  - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están dentro de nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales y demás proveedores que usted usa?
  - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
- **Piense en sus costos generales en el plan.**
  - ¿Cuáles serán los gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
  - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

<b>Si decide seguir en UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) en 2024</b>	<b>Si decide cambiar de plan:</b>
Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil — no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, seguirá inscrito automáticamente en UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) en 2024.	Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la <b>Sección F2</b> para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

### C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambia de UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO DSNP) a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. Si tiene preguntas o si su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al **1-866-242-7726** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos una nueva. Verá reflejado el nuevo nombre del plan en futuras comunicaciones en las que se haga referencia a este.

### D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Consulte el **Directorio de Proveedores 2024** para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están dentro de nuestra red.

Encontrará directorios actualizados en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente para obtener información actualizada de los proveedores o las farmacias, o para pedirnos que le enviemos por correo un directorio, que le enviaremos por correo en un plazo no mayor de tres días hábiles.

**Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2024** para saber si sus proveedores o farmacias están dentro de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que le enviaremos por correo en un plazo no mayor de tres días hábiles.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.



Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**.

## E. Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### E1. Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que pagará por estos servicios médicos cubiertos cambiará el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios.

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el baño y el hogar, y facturas de servicios públicos</b>	<p>\$133 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Su crédito vence al final de cada mes.</p> <p>Los dispositivos de seguridad para el baño y el hogar no tienen cobertura</p>	<p>\$119 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos selectos de seguridad para el baño y el hogar, alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Su crédito vence al final de cada mes. Use su UCard en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios.</p> <p>Consulte su <b>Guía para Miembros</b> para obtener más información.</p>



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Programa de acondicionamiento físico</b>	Sin cobertura	<p>Usted tiene acceso al programa Renew Active®, un programa de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente para ayudarlo a mantenerse activo, enfocado y conectado, ya sea en un gimnasio o en su casa, sin costo adicional.</p> <p>No hay ningún cargo por los servicios de membresía estándar cuando usted usa proveedores de la red. Debe usar proveedores del programa Renew Active para acceder a este beneficio.</p>

## E2. Cambios en la cobertura de medicamentos con receta

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una **Lista de Medicamentos Cubiertos** actualizada en nuestro sitio web en [es.myuhc.com/CommunityPlan](https://es.myuhc.com/CommunityPlan). También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo una **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

La **Lista de Medicamentos Cubiertos** también se conoce como “Lista de Medicamentos”. Hicimos cambios en nuestra “Lista de Medicamentos”, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la “Lista de Medicamentos” para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si hay alguna restricción o si su medicamento se pasó a un nivel de costo compartido diferente.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le alentamos a que:



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

- Consulte a su médico (o a otro profesional que recete) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
  - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.
- Nos pida que cubramos un suministro temporal del medicamento.
  - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal es de hasta 30 días. (Si desea saber más sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y sobre cómo pedirlo, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.)
  - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se termine dicho suministro. Puede cambiar el medicamento por uno diferente que cubra nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

## F. Cómo elegir un plan

---

### F1. Cómo seguir en nuestro plan

---

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si **no** se cambia a otro plan de Medicare o no se cambia a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2024.

### F2. Cómo cambiar de plan

---

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene DC Medicaid, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente por única vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de Inscripción Especial, usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan)**.

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Sus requisitos de participación en DC Medicaid o el programa Ayuda Adicional cambian, o
- Si usted recientemente se ha mudado a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos.

### **Sus servicios de Medicare**

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).

**1. Puede cambiarse a:****Otro plan de salud de Medicare**

NOTA: Si elige esta opción, se le inscribirá en Medicaid sobre la base de una tarifa por servicio. Cuando cambia su inscripción en el programa Dual Choice, cambian sus opciones de cobertura de Medicare y de Medicaid.

**Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare 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 consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al **1-855-921-PACE (7223)**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de DC al **1-202-724-5626**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite **[dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling](https://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling)**.

**O**

Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.

Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Su derecho a Medicaid no se ve afectado por su opción de cobertura de Medicare. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan)**.

**2. Puede cambiarse a:****Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare**

**NOTA:** Si elige esta opción, se le inscribirá en Medicaid sobre la base de una tarifa por servicio. Cuando cambia su inscripción en el programa Dual Choice, cambian sus opciones de cobertura de Medicare y de Medicaid.

**Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare 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**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-724-5626**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud en su área, visite **[dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling](https://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling)**.

**O**

Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.

Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Su derecho a Medicaid no se ve afectado por su opción de cobertura de Medicare. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan)**.

**3. Puede cambiarse a:**

**Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare**

**NOTA:** Si elige esta opción, se le inscribirá en Medicaid sobre la base de una tarifa por servicio. Cuando cambia su inscripción en el programa Dual Choice, cambian sus opciones de cobertura de Medicare y de Medicaid.

**NOTA:** Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.

Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-724-5626**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m., **[dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling](http://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling)**.

**Esto es lo que debe hacer:**

Llame a Medicare 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**.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC al **1-202-724-5626**, TTY 711, de lunes a viernes, de 9:30 a.m. a 4:30 p.m., **[dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling](http://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling)**.

Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.

Su derecho a Medicaid no se ve afectado por su opción de cobertura de Medicare. Seguirá cumpliendo los requisitos de Medicaid, sujeto a cualquier reevaluación necesaria, y sus servicios de Medicaid pueden continuar sobre la base de una tarifa por servicio de Medicaid.

**Sus servicios de DC Medicaid**

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de DC Medicaid después de dejar nuestro plan, comuníquese con el servicio de apoyo de Dual Choice al **1-202-442-9533**, TTY **711**, de 9 a.m. a 4:45 p.m., de lunes a viernes, **[dhcf.dc.gov/](http://dhcf.dc.gov/)**. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de DC Medicaid.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[es.myuhc.com/communityplan](http://es.myuhc.com/communityplan)**.

---

## G. Cómo recibir ayuda

---

### G1. Nuestro plan

---

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página durante el horario de atención indicado. Estas llamadas son gratuitas.

#### Lea su Guía para Miembros

Su **Guía para Miembros** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios y costos para 2024. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que cubrimos.

La **Guía para Miembros** para 2024, estará disponible el 15 de octubre. Usted también puede revisar la **Guía para Miembros** para saber si le afectan otros cambios en los beneficios o costos. En nuestro sitio web, [es.myuhc.com/CommunityPlan](https://es.myuhc.com/CommunityPlan), encontrará una copia actualizada de la **Guía para Miembros**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una **Guía para Miembros** para 2024.

#### Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en [es.myuhc.com/CommunityPlan](https://es.myuhc.com/CommunityPlan). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**) y de nuestra “Lista de Medicamentos” (**Lista de Medicamentos Cubiertos**).

### G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC

---

También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud. En el Distrito, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) de DC. Este programa puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC cuenta con asesores capacitados que prestan servicios gratuitos a todo el Distrito. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC es el **1-202-724-5626**, TTY **711**. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de DC en su área, visite [dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling](https://dacl.dc.gov/service/health-insurance-counseling).



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).



---

### G3. El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado

---

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos puede ayudarle si usted tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del ombudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Ombudsman para el Cuidado de la Salud:

- trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer.
- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman para el Cuidado de la Salud es el **1-202-724-7491**.

### G4. Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare, llame 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**.

#### Sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite **es.medicare.gov** y haga clic en “Buscar planes”.)

#### Manual Medicare y Usted 2024

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2024**. Es un documento que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (**medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf**) o 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**.

#### Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, hay una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare. Para el Distrito, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Programa Livanta BFCC-QIO.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito tiene un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos de Medicare para que verifiquen la calidad del cuidado que reciben los beneficiarios de Medicare y ayuden a mejorarla. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Debería comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito al **1-888-396-4646** o al TTY **1-888-985-2660** en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad del cuidado que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital terminará demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura para su cuidado de asistencia médica a domicilio o cuidado en un centro de enfermería especializada terminará demasiado pronto.
- Piensa que la cobertura para sus servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminará demasiado pronto.

## **G5. DC Medicaid**

---

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y del Distrito que ayuda a pagar los costos médicos de ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas que tienen Medicare también cumplen los requisitos de Medicaid. Algunas personas cumplen los requisitos de Medicaid, pero no de Medicare. En el District of Columbia, es posible que Medicaid pague servicios domésticos, para el cuidado personal y de otro tipo que no cubre Medicare. Medicaid también tiene programas que pueden ayudar a pagar las primas de Medicare y otros costos si usted cumple los requisitos de Medicare y califica. Si tiene preguntas sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con el servicio de apoyo de Dual Choice al **1-202-442-9533**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4:45 p.m.

UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) tiene un contrato con el Departamento de Finanzas de Cuidado de la Salud (Department of Health Care Finance, DHCF) de DC para proporcionarle todos sus beneficios conforme a Medicaid y Medicare.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP) al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://es.myuhc.com/communityplan).



UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare Community Plan puede prestarle servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros, tales como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Servicios gratuitos en otros idiomas para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas

Para solicitar ayuda, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, entre las 8:00 a.m. y las 5:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes, de abril a septiembre; de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este, los 7 días de la semana, de octubre a marzo.

Si necesita cualquier otra ayuda, comuníquese con la Oficina del Ombudsman para el Cuidado de la Salud al 202-724-7491

### Spanish

Si no habla ni lee en inglés, llame al **1-866-242-7726**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. hora del este, de abril a septiembre; y los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, de octubre a marzo. Un representante le brindará asistencia.

### Amharic

እንግሊዘኛ የማይናገሩ እና/ወይም የማያነቡ ከሆነ፣ እባክዎን በ1-866-242-7726፣ TTY 711፣ ከቀኑ 8:00am - 5:30pm EST፣ ከሰኞ - አርብ፣ ወራት ከኤፕሪል - ሴፕቴምበር፣ 8:00am - 8:00pm EST፣ በሰኞንቲ 7 ቀናት፣ ወራት ከኦክቶበር - ማርች። አንድ ተወካይ ይረዳዎታል።

### Vietnamese

Nếu quý vị không nói và/hoặc đọc được tiếng Anh, vui lòng gọi đến số 1-866-242-7726, TTY (Thoại văn bản) 711, từ 8:00 sa – 5:30 ch, giờ Chuẩn Miền Đông (EST), từ thứ Hai – thứ Sáu trong tháng Tư – tháng Chín; 8:00 sa – 8:00 tối, giờ Chuẩn Miền Đông (EST), 7 ngày một tuần trong tháng Mười – tháng Ba. Một nhân viên sẽ hỗ trợ cho quý vị.

### Korean

영어로 말하거나 읽지 못하는 경우, 4월~9월에는 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시 30분(동부 표준시), 10월~3월에는 주 7일 오전 8시~오후 8시(동부 표준시)에 1-866-242-7726, TTY 711로 전화하십시오. 담당자가 도움을 드릴 것입니다.

### Chinese – Simplified

如果您不会说和/或阅读英语，请在四月至九月之间，于周一至周五，上午 8:00 至下午 5:30（美国东部标准时间）；在十月至三月之间，每周 7 天，上午 8:00 至晚上 8:00（美国东部标准时间），致电 1-866-242-7726，听障专线 (TTY) 711。一位代表将为您提供帮助。

## Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡上的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyonang ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon kòm manm ou an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej członka planu. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

## **Servicio al Cliente de UHC Dual Choice DC-S001 (PPO D-SNP)**



Llame al **1-866-242-7726**

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 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

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 8 a.m. a 5:30 p.m., de lunes a viernes, de abril a septiembre.



Escriba a **P.O. Box 30769**

**Salt Lake City, UT 84130-0769**



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