



Resumen de Beneficios 2024

UHC Dual Complete MD-V001 (HMO-POS D-SNP)
H7464-011-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.
Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-844-560-4944**, TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



UHCCommunityPlan.com

United
Healthcare®
Dual Complete

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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

UHC Dual Complete MD-V001 (HMO-POS D-SNP)

Prima, deducible y límites médicos

Prima mensual del plan	\$41.30
-------------------------------	---------

Deducible médico anual	Este plan no tiene un deducible médico.
-------------------------------	---

Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$8,850
---	---------

Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.

Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.

Beneficios médicos

Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados²	\$320 de copago por día, días 1 a 6 \$0 de copago por día, días 7 y en adelante
---	--

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ²	\$0 de copago por una colonoscopia \$250 de copago, de otra manera
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago por una colonoscopia \$320 de copago, de otra manera
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios ²	\$320 de copago
Visitas al médico	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago
	Especialistas ²	\$25 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
Servicios preventivos	Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año

Beneficios médicos

Cubiertos por
Medicare

\$0 de copago

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol
- Visita de bienestar anual
- Medición de masa ósea
- Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)
- Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)
- Exámenes cardiovasculares
- Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)
- Evaluación de depresión
- Pruebas de detección y control de la diabetes
- Prueba de detección de hepatitis C
- Prueba de Detección del VIH
- Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
- Servicios de terapia de nutrición clínica
- Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas
- Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.

Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

Beneficios médicos

Cuidado de emergencia

\$100 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

Servicios requeridos de urgencia

\$40 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías

Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])²

\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico
\$250 de copago, de otra manera

Servicios de laboratorio²

\$0 de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico²

\$20 de copago

Radiología terapéutica²

\$60 de copago

Radiografías para pacientes ambulatorios²

\$25 de copago

Beneficios médicos



Servicios para la audición

Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio²

\$0 de copago

Examen de audición de rutina

\$0 de copago, 1 por año

Aparatos auditivos²

Una asignación de \$1,100 para una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)

- Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios
- Amplia variedad de aparatos auditivos populares, incluso Beltone™, Oticon, Phonak, ReSound, Signia, Starkey®, Unitron™ y Widex®
- La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía.



Beneficios dentales de rutina

Con cobertura dentro y fuera de la red.

Preventivos e integrales²

\$1,000 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos*

\$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales y coronas

50% de coseguro por puentes y dentaduras postizas

- Sin deducible anual
- Red dental nacional más grande de Medicare Advantage
- Posibilidad de consultar a cualquier dentista
- Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0

Beneficios médicos



Servicios para la vista

Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ²	\$0 de copago
Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Artículos para la vista de rutina	\$200 de asignación para marcos o lentes de contacto <ul style="list-style-type: none">• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de Medicare Advantage de proveedores de servicios para la vista y de redes de tiendas minoristas• Lentes con receta estándar gratuitos, incluso los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar)—todos con un revestimiento resistente a rayaduras• Ahorros en mejoras de lentes, que incluyen lentes de colores, revestimiento protector de UV o antirreflectante y lentes de policarbonato• Artículos para la vista disponibles a través de proveedores en Internet, incluso Warby Parker, GlassesUSA y muchos más

Beneficios médicos

Salud mental	Visita como paciente hospitalizado ² Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$320 de copago por día, días 1 a 5 \$0 de copago por día, días 6 a 90
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$15 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$25 de copago
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
Centro de enfermería especializada (SNF)²		\$0 de copago por día, días 1 a 20 \$203 de copago por día, días 21 a 100
	Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje ²	\$20 de copago
	Visita de terapia ocupacional ²	\$20 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo

Beneficios médicos

Ambulancia²

\$290 de copago por transporte terrestre

\$290 de copago por transporte aéreo

Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.

Transporte de rutina

\$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias

Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

El costo compartido indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos.

Medicamentos para quimioterapia²

20% de coseguro

Insulina cubierta de la Parte B²

20% de coseguro, hasta \$35

Otros medicamentos de la Parte B²

20% de coseguro

Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.

Medicamentos con receta

Deducible Anual \$0
para
Medicamentos
con Receta

Suministro de 30 días[^] o 100 días en una farmacia minorista o en una farmacia de pedidos por correo de la red

Todos los medicamentos cubiertos	\$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
----------------------------------	--

[^]Los miembros que viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Beneficios adicionales

Cuidado quiropráctico	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) ²	\$10 de copago
Manejo de la diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos ²	20% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	20% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	20% de coseguro

Beneficios adicionales

Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Exámenes y tratamiento de los pies²

\$25 de copago

Cuidado de rutina de los pies

\$25 de copago, 6 visitas por año

Beneficio de comidas²

\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF).

Cuidado de asistencia médica a domicilio²

\$0 de copago

Cuidados Paliativos

Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.

Línea de Asesoramiento de Enfermería

Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos²

\$0 de copago

Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias

Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios²

\$15 de copago

Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios²

\$25 de copago

Beneficios adicionales



Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos

\$60 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos

- Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
- Elija entre miles de productos de venta sin receta, como pasta dental, artículos de primeros auxilios, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y más
- Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet
- Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

Diálisis Renal²

20% de coseguro

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

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

Beneficios de Medicaid

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

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. También podrá ver lo que cubre Maryland Department of Health, HealthChoice y lo que cubre nuestro plan.

La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid. Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Maryland Department of Health, 1-877-463-3464.

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete MD-V001 (HMO-POS D-SNP)
Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Visitas al Consultorio Médico	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado Preventivo	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de Emergencia	Con cobertura	Con cobertura
Servicios Requeridos de Urgencia	Con cobertura	Con cobertura
Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías	Con cobertura	Con cobertura
Servicios para la Audición	Con cobertura	Con cobertura
Servicios Dentales	Con cobertura limitada	Con cobertura
Servicios para la Vista	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de Salud Mental	Con cobertura	Con cobertura
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Con cobertura	Con cobertura
Ambulancia	Con cobertura	Con cobertura
Transporte (de Rutina)	Con cobertura	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete MD-V001 (HMO-POS D-SNP)
Beneficios de Medicamentos con Receta	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado Quiropráctico	Con cobertura	Con cobertura limitada
Suministros y Servicios para la Diabetes	Con cobertura	Con cobertura
Equipo Médico Duradero	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de los Pies	Con cobertura	Con cobertura
Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio	Con cobertura	Con cobertura
Cuidados Paliativos	Con cobertura	Con cobertura
Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios	Con cobertura	Con cobertura
Diálisis Renal	Con cobertura	Con cobertura
Prótesis	Con cobertura	Con cobertura

Acerca de este plan

UHC Dual Complete MD-V001 (HMO-POS D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS que tiene un contrato con Medicare.

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

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

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

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Baltimore City, Calvert, Caroline, Carroll, Cecil, Charles, Dorchester, Frederick, Garrett, Harford, Howard, Kent, Montgomery, Prince George's, Somerset, St. Mary's, Talbot, Washington, Wicomico.

Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete MD-V001 (HMO-POS D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Hay servicios dentales de rutina, para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

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

Información necesaria

UHC Dual Complete MD-V001 (HMO-POS D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en es.medicare.gov o puede pedir una copia llamando 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.

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

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-844-855-9776 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 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.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-844-855-9776 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

Aparatos auditivos

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local. Las garantías de aparatos auditivos de venta sin receta, si están disponibles, variarán según el aparato y se manejan a través del fabricante. Se pueden aplicar honorarios profesionales por única vez para los aparatos auditivos con receta.

Beneficios dentales de rutina

Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios dentales según Zelis Network360, mayo de 2023.

Artículos para la vista de rutina

Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. La red de proveedores y tiendas minoristas puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios para la vista según Zelis Network360, marzo de 2023. Examen de la vista de rutina anual y asignación de \$100-400 para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total, ya sea anualmente o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

Crédito para Alimentos, Productos de Venta Sin Receta (OTC) y Facturas de Servicios Públicos

Los beneficios de alimentos, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

El Formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

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 100 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha usado la entrega a domicilio de OptumRx, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe

directamente a OptumRx antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle en un plazo no mayor de cinco días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711.

El servicio de la Línea de Asesoramiento de Enfermería no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia ni de emergencia. En caso de emergencia, llame al 911 o visite la sala de emergencias más cercana. La información proporcionada a través de este servicio es para su conocimiento solamente. El personal de enfermería no puede diagnosticar problemas ni recomendar tratamientos; tampoco sustituye el cuidado de su médico. La confidencialidad de su información de salud se mantiene según la ley. El acceso a este servicio está sujeto a las condiciones de uso.

Programa de Recompensas

Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles con todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas.