Guía de Inscripción 2026

UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)

H2385-003-000

Área de servicio: Indiana - condados de Adams, Allen, Bartholomew, Benton, Blackford, Boone, Brown, Carroll, Cass, Clark, Clay, Clinton, Crawford, Daviess, Dearborn, Decatur, DeKalb, Delaware, Dubois, Elkhart, Fayette, Floyd, Fountain, Franklin, Fulton, Gibson, Grant, Greene, Hamilton, Hancock, Harrison, Hendricks, Henry, Howard, Huntington, Jackson, Jasper, Jay, Jefferson, Jennings, Johnson, Knox, Kosciusko, La Porte, Lagrange, Lake, Lawrence, Madison, Marion, Marshall, Martin, Miami, Monroe, Montgomery, Morgan, Newton, Noble, Ohio, Orange, Owen, Parke, Perry, Pike, Porter, Posey, Pulaski, Putnam, Randolph, Ripley, Rush, Scott, Shelby, Spencer, St. Joseph, Starke, Steuben, Sullivan, Switzerland, Tippecanoe, Tipton, Union, Vanderburgh, Vermillion, Vigo, Wabash, Warren, Warrick, Washington, Wayne, Wells, White, Whitley

United Healthcare® Dual Complete

PathWays FOR AGING DUAL CARE

IN-S1

QMB+, SLMB+, FBDE (Eligible for Indiana PathWays for Aging)

Independientemente de lo que suceda en el futuro, UnitedHealthcare ofrece cobertura de Medicare en la que puede confiar durante toda su vida

Usted tiene planes. Nosotros también. Los planes de Medicare de UnitedHealthcare ofrecen una cobertura confiable diseñada para apoyar su salud dondequiera que la vida lo lleve. Nuestra amplia red nacional de proveedores incluye médicos y especialistas de todo el país, y 9 de cada 10 miembros de Medicare pueden seguir consultando a los médicos que conocen y en los que confían. Una manera más en la que estamos aquí para apoyar su salud — en todo momento.

Después de todo, es posible que no siempre sepa qué sucederá después, pero puede contar con UnitedHealthcare para que esté a su disposición desde el momento en que elige su plan hasta los momentos más importantes.

Sepa por qué 4 de cada 5 miembros volverían a elegir UnitedHealthcare para su cobertura de Medicare

"Realmente agradezco toda la ayuda que recibí de UnitedHealthcare. UnitedHealthcare es la compañía que mejor se adapta a mis necesidades".

— Karen K., Miembro de UnitedHealthcareMedicare Advantage

"Se necesita una compañía de seguros sólida que brinde respaldo y cubra lo que haya que cubrir, y UnitedHealthcare lo hace".

— Mary M., Miembro de UnitedHealthcareComplete Care

Respuestas de los miembros de Medicare según la encuesta Human8, mayo de 2025.

H2385_INTRO_2026_C SP

CSIN26LP0353816_000

Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para los beneficiarios de Medicare con cobertura de Medicaid y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita. También puede consultar a proveedores fuera de la red si aceptan Medicare y el plan, pero tenga en cuenta que sus costos pueden ser más altos.

Así es como funciona este plan PPO D-SNP

Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado. Usted no está limitado a este proveedor de cuidado primario, pero es beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.

$0 por servicios cubiertos cuando se reciben dentro de la red. Consulte el Resumen de Beneficios para saber qué servicios están cubiertos.

No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor.

Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos en cualquier parte del mundo.

Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta. Use siempre farmacias de la red. Es posible que pague más o que pague el costo total de los medicamentos que reciba de farmacias que no están dentro de la red.

Este plan incluye Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), que les permiten a los miembros que cumplen los requisitos—cuya enfermedad es verificada por su proveedor—utilizar créditos del plan para pagar alimentos saludables y servicios públicos, junto con artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y otros productos de apoyo para el bienestar.

Visite **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. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos

H2385_PlanWorks_2026_M SP H2385003000

CSIN26LP0323046_000

Beneficios Importantes

UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Las cantidades indicadas son dentro de la red y son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan	
Si recibe beneficios completos de Medicaid, usted pagará $0 por los servicios cubiertos por Medicare. Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa "Ayuda Adicional" cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.	
Prima mensual del plan	$0
Máximo anual de gastos de su bolsillo (lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto)	$0 de manera combinada, dentro y fuera de la red

Beneficios del plan		
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Visita al consultorio médico		
Proveedor de cuidado primario (PCP)	$0 de copago	$0 de copago
Especialista	$0 de copago (no se necesita una referencia)	$0 de copago (no se necesita una referencia)
Visitas virtuales	$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	$0 de copago	$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días

Beneficios del plan		
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Centro de enfermería especializada (SNF) (la estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)	$0 de copago por día, días 1 a 100	$0 de copago por día, días 1 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	$0 de copago	$0 de copago
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios		
Terapia de grupo	$0 de copago	$0 de copago
Terapia individual	$0 de copago	$0 de copago
Visitas virtuales	$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	
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados		
Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	$0 de copago	$0 de copago
Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	$0 de copago	$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes	$0 de copago para las marcas que tienen cobertura	$0 de copago
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	$0 de copago	$0 de copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	$0 de copago	$0 de copago
Servicios de laboratorio	$0 de copago	$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	$0 de copago	$0 de copago

Beneficios del plan		
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Ambulancia	$0 de copago por transporte terrestre o aéreo	$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	$0 de copago (mundial)	
Servicios requeridos de urgencia	$0 de copago (mundial)	

Es posible que la cobertura de beneficios médicos de Medicaid, fuera de la red, varíe según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.

Beneficios adicionales del plan			
		Dentro de la red	**Fuera de la red**
Examen médico de rutina		$0 de copago, 1 por año*	40% de coseguro, 1 por año*
Servicios para la audición	Examen de audición de rutina	$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva*	30% de coseguro por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva*
	Aparatos auditivos	Una asignación de $2,200 para 2 aparatos auditivos cada 2 años* ☐ Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta ☐ Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios ☐ 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 ☐ Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura	

Beneficios adicionales del plan			
		Dentro de la red	**Fuera de la red**
Beneficios dentales de rutina	Servicios preventivos e integrales	Una asignación de $2,500 para todos los servicios dentales cubiertos* $0 de copago por los servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes y dentaduras postizas ▯ Sin deducible anual ▯ Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes ▯ Posibilidad de consultar a cualquier dentista	
Servicios para la vista	Examen de la vista de rutina	$0 de copago, 1 por cada año*	30% de coseguro, 1 por cada año*
	Artículos para la vista de rutina	$0 de copago El plan paga hasta $250 cada año para 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto.*	$0 de copago El plan paga hasta $250 cada año para 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto.*
Programa de acondicionamiento físico		$0 de copago Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: ▯ Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales y de primera categoría ▯ Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios ▯ Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet ▯ Actividades para ejercitar la memoria por Internet	
Transporte de rutina		$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a citas médicas, gimnasios y farmacias*	75% de coseguro*
Cuidado de los pies - de rutina		$0 de copago, 4 visitas por cada año*	30% de coseguro, 4 visitas por cada año*

Beneficios adicionales del plan		
	Dentro de la red	**Fuera de la red**
Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$242 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para miembros que califiquen Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet Obtenga apoyo para el bienestar que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más. Si usa un proveedor fuera de la red para servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso o relevo del cuidador, usted paga 75% de coseguro	
Programa Rewards	Gane hasta $165 en recompensas si usted comienza en enero[Ω]	
Beneficio de comidas	$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)	

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

Medicamentos con receta	
Deducible	$0
Cobertura de medicamentos	**Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red**

Medicamentos con receta	
Todos los medicamentos cubiertos[1]	$0 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

[1] Usted paga un máximo de $0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D.

Escanee este código para ver su Resumen de Beneficios

United Healthcare® Dual Complete

PathWays FOR AGING DUAL CARE

El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí.

Ω Las ofertas de recompensas de Medicare Advantage pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Al participar en el programa o acceder a los fondos de recompensa, usted acepta las Condiciones de Servicio del Programa de Recompensas que se encuentran a la derecha de la página en myuhcmedicare.com/rewards. Los miembros deben participar entre enero y diciembre para ganar todas las recompensas disponibles. Las recompensas deben ganarse e informarse durante los plazos especificados por el plan. Los plazos están disponibles en myuhcmedicare.com/rewards. Las recompensas solo pueden ser usadas por miembros de planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare para artículos aprobados en comercios participantes y según las leyes vigentes de Medicare. Los fondos de recompensa no se pueden canjear por efectivo, excepto según lo exigido por la ley. Sin acceso a cajeros automáticos. Las recompensas no se pueden usar para comprar artículos o servicios cubiertos por Medicare, incluidos los gastos de su bolsillo para servicios médicos o medicamentos con receta, ni para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego. Las recompensas vencen 1 mes después de que termine su plan Medicare Advantage. Esto no le afecta a usted mientras esté inscrito en su plan actual o si se cambia a otro plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

H2385_MABH_2026_SP_M H2385003000 CSIN26LP0336018_001

Resumen de Beneficios 2026

UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)
H2385-003-000

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.

MyUHC.com/CommunityPlan

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

United Healthcare®

H2385_003_000_SB_2026_M SP

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad 3

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 6

C. Lista de servicios cubiertos 13

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) 30

E. Servicios que no cubre UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), Medicare ni Medicaid 30

F. Sus derechos como miembro del plan 31

G. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude 33

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

A. Exenciones de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) del **1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026**. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura**. Servicio al Cliente. Para obtener una Evidencia de Cobertura, visite **MyUHC.com/CommunityPlan** o llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda. Después de inscribirse en el plan, recibirá más información sobre cómo ver la información detallada de su plan en Internet.

- UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO 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. 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 los aparatos auditivos sin receta (over-the-counter, OTC), si las hay, varían según el aparato y se gestionan a través del fabricante. Se puede aplicar una tarifa profesional por única vez a 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. El tamaño de la red dental se basa en Zelis Network360, mayo de 2025.

Programa de acondicionamiento físico

El beneficio de acondicionamiento físico y su red de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. No todos los planes ofrecen acceso a centros de primera categoría. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar

Los beneficios de productos de venta sin receta, alimentos y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Ciertos servicios de apoyo para el bienestar son prestados por terceros no afiliados a UnitedHealthcare y la participación podría estar sujeta a su aceptación de las condiciones y normas respectivas de los terceros. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados por terceros.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Programa de Recompensas

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

- Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (**es.medicare.gov**) o por teléfono al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para obtener más información sobre UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), puede consultar la página web de Pathways en **in.gov/pathways/home/** o comunicarse con la Oficina del Ombudsman de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al 1-800-622-4484, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.
- Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al **1-800-832-4643**, TTY 711, 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

- Disponemos de servicios de traducción gratuitos para sus materiales para miembros, por ejemplo, si necesita que le enviemos una carta en un idioma diferente. Los materiales para miembros se encuentran disponibles como mínimo en español.
- Si no entiende una carta de parte nuestra o sus servicios, llame a Servicio al Cliente. Pueden hablar con usted sobre sus problemas y tratar de ayudarle a resolverlos. Este servicio es gratuito para usted.
- Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble del Programa PathWays?	Nuestro plan forma parte del programa Indiana PathWays y fue diseñado para proporcionar cuidado coordinado. Este programa fue diseñado por la Administración de Servicios Familiares y Sociales (FSSA) de Indiana, la agencia estatal que proporciona Medicaid a los habitantes de Indiana. Nuestro plan combina sus servicios de Medicare y de Medicaid. Combina sus médicos, hospitales, farmacias, cuidado a domicilio, otros servicios a domicilio y en la comunidad, cuidado en un asilo de convalecencia y otros proveedores de cuidado de la salud en un solo sistema de cuidado coordinado. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar todos los servicios que usted reciba. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite. Para cumplir los requisitos para inscribirse en un plan altamente integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (FIDE SNP) en Indiana, usted debe tener 60 años en adelante, tener derecho a las Partes A y B de Medicare y cumplir los requisitos para recibir los beneficios del programa PathWays.

Preguntas frecuentes	Respuestas
En UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Medicaid que recibo ahora?	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de Medicaid directamente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su coordinador del cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, por ejemplo, servicios de salud del comportamiento directamente del programa Medicaid Rehabilitation Option (MRO), Agencias sobre el Envejecimiento del Área (AAA) o servicios a través del programa Money Follows the Person (MFP). Cuando se inscriba en UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), usted y su coordinador del cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado centrado en la persona que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores que uso ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles. • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están "dentro de la red". Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. **Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP).** Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos. • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP). • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), llame a Servicio al Cliente para consultar cómo seguir conectado. Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) en el sitio web del plan en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Si es nuevo en UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un plan de cuidado centrado en la persona que satisfaga sus necesidades.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos proveedores que uso ahora? (continuación)	Si usted está recibiendo tratamiento y se cambia a un plan totalmente integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble del programa PathWays o recientemente se inscribió en uno, hay reglas para ayudarle a continuar con su cuidado. Durante sus primeros 90 días de comenzar con UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), es posible que no exijamos preautorización para el tratamiento activo, aunque el tratamiento lo proporcione un proveedor fuera de la red.
¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)?	Un coordinador del cuidado de la salud de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) es la persona principal con la que debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.
¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. Algunos de estos apoyos también ayudan a los cuidadores que participan con usted, como familiares o amigos que le proporcionan ayuda. La mayoría de estos tipos de servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital. En algunos casos, una Agencia sobre el Envejecimiento del Área u otra agencia puede administrar estos servicios, y su coordinador del cuidado de la salud trabajará con esa agencia.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) puede prestarlo?	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red. Es posible que se requiera una preautorización.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Dónde está disponible UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: Los condados de Adams, Allen, Bartholomew, Benton, Blackford, Boone, Brown, Carroll, Cass, Clark, Clay, Clinton, Crawford, Daviess, Dearborn, Decatur, DeKalb, Delaware, Dubois, Elkhart, Fayette, Floyd, Fountain, Franklin, Fulton, Gibson, Grant, Greene, Hamilton, Hancock, Harrison, Hendricks, Henry, Howard, Huntington, Jackson, Jasper, Jay, Jefferson, Jennings, Johnson, Knox, Kosciusko, La Porte, Lagrange, Lake, Lawrence, Madison, Marion, Marshall, Martin, Miami, Monroe, Montgomery, Morgan, Newton, Noble, Ohio, Orange, Owen, Parke, Perry, Pike, Porter, Posey, Pulaski, Putnam, Randolph, Ripley, Rush, Scott, Shelby, Spencer, St. Joseph, Starke, Steuben, Sullivan, Switzerland, Tippecanoe, Tipton, Union, Vanderburgh, Vermillion, Vigo, Wabash, Warren, Warrick, Washington, Wayne, Wells, White y Whitley, Indiana. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a una aprobación de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, antes de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento. **Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.** UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) antes de que se preste el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de la **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios requieren una preautorización. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su Proveedor Médico Primario (PMP) o equipo de cuidado de la salud debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su Proveedor Médico Primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su Proveedor Médico Primario, es posible que UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) no cubra los servicios. UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su Proveedor Médico Primario o equipo de cuidado de la salud antes de que se preste el servicio. Consulte la **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia de su Proveedor Médico Primario. El programa PathWays tiene una lista de los servicios a los que los miembros pueden tener acceso a través de un proceso de autorreferencia. Para obtener más información, puede comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud o con Servicio al Cliente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al **1-800-832-4643**.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)?	No. Dado que usted tiene Medicaid, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)?	Su deducible médico es de $0 o $283 combinado, dentro y fuera de la red.
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)?	En UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de $0. El máximo de gastos de su bolsillo que usted pagará cada año es de $0 o $13,900 por servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor fuera de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

C. Lista de servicios cubiertos

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario (continúa en la página siguiente)	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados	$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. Fuera de la red: $0 de copago o $2,180 de copago por cada estadía Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización. Si necesita apoyo antes o después de su estadía en el hospital, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para comunicarse con su Coordinador del Cuidado de la Salud.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 40% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Servicios de centros de enfermería y centros de cuidado intermedio en instituciones para enfermedades mentales, personas de 65 años en adelante	$0	El cuidado en un Centro de Cuidado Intermedio no está cubierto para personas con discapacidades intelectuales. Se cancelará la inscripción en el programa de los miembros que reciban tratamiento psiquiátrico en un hospital estatal.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario (continuación)	Servicios clínicos, prestados por una clínica o un centro organizado que no forma parte de un hospital; servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC) independiente	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 40% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Cuidado de un médico o un cirujano	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
Usted está buscando un proveedor de cuidado de la salud (continúa en la página siguiente)	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red. Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 40% de coseguro, 1 por cada año
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 40% de coseguro

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted está buscando un proveedor de cuidado de la salud (continuación)	Cuidado de especialistas	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios clínicos, prestados por una clínica o un centro organizado que no forma parte de un hospital: clínicas de salud pública y de salud mental	$0	
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	$0	Los servicios recibidos en la sala de emergencias se deben prestar fuera de la red y sin requisitos de preautorización.
	Cuidado de urgencia	$0	Los servicios para el cuidado de urgencia se deben prestar fuera de la red y sin requisitos de preautorización.
Usted necesita exámenes médicos	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	$0	Los servicios deben ser indicados por un médico u otro profesional autorizado para hacerlo. Fuera de la red: $0 de copago o 40% de coseguro
	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 40% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para la audición	Exámenes de audición	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Aparatos auditivos	$0	$2,200 de asignación para 2 aparatos auditivos cada 2 años. • Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC), de alto valor y de marca con receta • Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios • 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 • Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado dental	Servicios preventivos e integrales	$0	$2,500 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos. $0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes y dentaduras postizas • Sin deducible anual • Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes • Posibilidad de consultar a cualquier dentista El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Dentaduras postizas	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Servicios médicos/ quirúrgicos de un dentista	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista	$0	1 por cada año Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Anteojos	$0	El plan paga hasta $250 cada año para la compra de 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto (a través de March Vision). El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.
	Otro cuidado de la vista	$0	
Usted necesita servicios de salud mental	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Fuera de la red: $0 de copago o $2,080 de copago por cada estadía. Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
	Servicios de psicólogo	$0	
	Visitas virtuales de salud mental		$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo.
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios de rehabilitación: servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada	$0	$0 de copago por cada día, días 1 a 100, o $0 de copago por cada día, días 1 a 20 $217 de copago por cada día, días 21 a 100 Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	$0	
	Cuidado Familiar de Adultos	$0	
	Vida Asistida	$0	
	Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Servicios de ambulancia	$0	$0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre $0 de copago o 20% de coseguro por transporte aéreo Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia
	Transporte de emergencia	$0	
	Transporte médico que no es de emergencia	$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias.	Fuera de la red: 75% de coseguro El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o proceso (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio de su proveedor, 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 Evidencia de Cobertura. Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro
	Medicamentos de la Parte D de Medicare	Todos los medicamentos cubiertos: $0 Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días	Cobertura Inicial: Suministro de 30 días^ o 100 días en una farmacia minorista o de pedidos por correo de la red Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP). Usted pagará un máximo de $0 por cada suministro de 1 mes de insulina cubierta de la Parte D. 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o proceso (continuación)	Medicamentos sin receta (OTC)	$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP).
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud (continúa en la página siguiente)	Servicios de rehabilitación	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Servicios de diálisis	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Servicios quiroprácticos	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud (continuación)	Cuidado médico y correctivo - otros profesionales médicos	$0	
	Institución religiosa no médica para servicios de salud y servicios de profesionales	$0	
	Servicios para trastornos del habla, de la audición y del lenguaje	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 30% de coseguro
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	$0	4 visitas por cada año Fuera de la red: 30% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Servicios de ortesis	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita equipo médico duradero (DME) **Nota:** Esta no es una lista completa del equipo médico duradero cubierto. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el **Capítulo 4** de la **Evidencia de Cobertura**	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Equipo de oxígeno y suministros	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Prótesis	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red. Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continúa en la página siguiente)	Servicios de asistencia médica a domicilio	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)	Servicios de salud diurnos para adultos, Servicios para Adultos en la Comunidad (CBAS) u otros servicios de apoyo	$0	
	Apoyos para cuidadores que le ayudan a permanecer en la comunidad (como Asesoramiento para Cuidadores, Relevo del Cuidador, Coordinación Integral del Cuidado de la Salud y Cuidado Estructurado de Familiares)	$0	
	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio, servicios de un asistente para el cuidado personal y Sistemas Personales de Respuesta ante Emergencias)	$0	

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)	Servicios para ayudarle con la preparación de comidas y la nutrición (como Comidas Entregadas a Su Domicilio y Suplementos Nutricionales)	$0	28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF)
	Modificaciones en el Vehículo	$0	
	Control de Plagas	$0	
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Programa de acondicionamiento físico	$0	Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: • Membresía gratuita a un gimnasio en centros principales y de primera categoría • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet • Actividades en Internet para ejercitar la memoria

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$0	$242 de crédito mensual para productos de venta sin receta (OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican. • Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y mucho más • Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca • Pague servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet • Reciba apoyo para el bienestar, que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			• Si usa un proveedor fuera de la red para servicios en el domicilio, asesoramiento sobre control de peso o relevo del cuidador, usted paga 75% de coseguro
	Cuidados para enfermos terminales	$0	Usted no paga nada por los cuidados para enfermos terminales recibidos de cualquier centro de cuidados para enfermos terminales aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados para enfermos terminales están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.
	Suministros y servicios para la diabetes	$0	Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Diálisis Renal	$0	Fuera de la red: $0 de copago o 20% de coseguro Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Radioterapia	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización.
	Administración de Casos del Programa de Exención	$0	

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP). Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid o una Agencia Estatal	Sus costos
Ciertos servicios de salud mental/salud del comportamiento, como los servicios del programa Medicaid Rehabilitation Option	$0
El Tratamiento Psiquiátrico en un Hospital Estatal dará lugar a la cancelación de la inscripción en el programa UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)	$0
Centros de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades Intelectuales	$0
Programa de Exención para Traumatismos de Cráneo	$0
Programa de Exención de Habilitación e Integración en la Comunidad	$0
Programa de Exención de Apoyo Familiar	$0

E. Servicios que no cubre UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), Medicare ni Medicaid

Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Servicios que no cubre UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), Medicare ni Medicaid
Cirugía o procedimientos estéticos
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP), usted tiene ciertos derechos. 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. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un idioma y en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:
  - Descripción de 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
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un Proveedor Médico Primario (Primary Medical Provider, PMP) y cambiarle en cualquier momento del año
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento, 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. UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO 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

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia
  - Usar 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
  - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
  - Presentar una queja ante la Oficina de Derecho Administrativo de Indiana al número de teléfono gratuito **1-800-457-8283** o puede presentar una petición de revisión mediante la presentación de un formulario en Internet, que se encuentra aquí: **in.gov/oalp/file-a-petition-for-review/individuals-or-entities-file-a-petition-for-review/**. El sitio web de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) **MyUHC.com/CommunityPlan** tiene formularios para quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en Internet.
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente de Medicaid de servicios o artículos que sean de naturaleza médica
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por la Oficina de Derecho Administrativo de Indiana o nuestros proveedores
  - Solicitar una Audiencia Estatal
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Si tiene preguntas, llame a UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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.**

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

También puede llamar a la Oficina del Ombudsman al **1-800-622-4484**, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 5 p.m.

Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página. Tal vez pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

G. 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, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP). Los números de teléfono son los números que se encuentran al final de esta página.
- Llame a la Línea Directa del Programa Integrity de la Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana al **(800) 457-4515** o puede enviar un correo electrónico a **ProgramIntegrity.FSSA@fssa.in.gov**. O llame a Servicio al Cliente de Medicaid al **1-800-403-0864**. Si tienen necesidades de TTY, los miembros pueden llamar al **1-877-466-8722**.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o la UCard® de UnitedHealthcare, llame a Servicio al Cliente de UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP):

Número gratuito **1-800-832-4643**
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. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711
Este número requiere un equipo telefónico especial y está habilitado solo para personas con dificultades para oír o hablar. 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.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su Proveedor Médico Primario (PMP). Siga las instrucciones de su Proveedor Médico Primario para recibir cuidado cuando el consultorio esté cerrado. Si el consultorio de su Proveedor Médico Primario está cerrado, también puede llamar a NurseLine de UHC PathWays Dual Care. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado. Ejemplo: cuidado de urgencia, sala de emergencias.

Número gratuito **1-866-801-4407** (TTY **711**)
Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si necesita cuidado de la salud del comportamiento inmediatamente, llame a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento:

Número gratuito **1-800-690-1606**
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.
UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711
Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

CSIN26LP0320050_001

Recursos útiles

Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos y recursos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si usted califica para el programa Ayuda Adicional, llame a:

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778** o visite **ssa.gov/espanol/**
- Su oficina estatal de Medicaid o visite **medicaid.gov**

Recursos para cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo para nuestros miembros y las personas que les cuidan. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame, o bien visite **uhc.com/caregiving**.

Medicare Explicado®

Medicare Explicado es un programa educativo de UnitedHealthcare diseñado para ayudarle a aprender sobre Medicare, de modo que usted pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.

MedicareMadeClear.com

H2385_HELPRES_2026_C SP

CSIN26HM0358408_001

Antes de inscribirse

Es importante que entienda este Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP) y qué beneficios están cubiertos. Puede encontrar la Lista de Medicamentos, los directorios de Proveedores y Farmacias, la Evidencia de Cobertura y mucho más en **UHC.com/CommunityPlan**.

¿Están cubiertos sus medicamentos? Consulte la Lista de Medicamentos (Formulario) para asegurarse.
Los medicamentos que no están cubiertos por el plan se podrían reemplazar por medicamentos alternativos cubiertos.

¿Están sus proveedores dentro de la red?
Este plan incluye una red de médicos, hospitales y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesite.

¿Su farmacia está dentro de la red?
Si su farmacia no está dentro de la red, tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.

¿Revisó el Resumen de Beneficios?
Estos son solo algunos de los beneficios cubiertos por el plan. Puede encontrar una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan en la Evidencia de Cobertura en Internet.

Usted cumple los requisitos para inscribirse si:

Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original

Recibe los beneficios completos de Medicaid del estado, cumple los requisitos para el programa Indiana PathWays for Aging y no tiene un programa de exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) PathWays ni recibe cuidado del nivel de un centro de enfermería

Vive en el área de servicio del plan

Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, puede elegir entre varias opciones. Primero, necesitará tener a mano su tarjeta de Medicare, independientemente de la opción que elija.

En internet

Visite **UHC.com/CommunityPlan** o escanee el código a continuación para inscribirse en Internet. Luego, siga estos simples pasos:

1. Ingrese su código postal
2. Navegue hasta la sección **Medicare Advantage**
3. Busque el plan **UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)** y elija el botón "**Enroll" (Inscribirse)**
4. Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón **"Chat now"** (Conversar ahora) para comunicarse con uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia.

Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o programar una cita con un agente en su área.

Si ya tiene un agente, el agente puede revisar este plan con usted para asegurarse de que satisfaga sus necesidades antes de ayudarle a inscribirse.

Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O envíenos una Solicitud de Inscripción llenada. Si usted tiene una enfermedad que califica, llene el Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales para usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para pagar alimentos saludables y servicios públicos.

Escanee este código para inscribirse en Internet

H2385_HTE_2026_M SP

CSIN26LP0324853_000

¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, puede confiar en que UnitedHealthcare le apoyará en todo momento. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare hace que ahora sea más fácil que nunca abrir las puertas a todo lo que su plan Medicare Advantage tiene para ofrecer.

Usted está aquí
Inscripción enviada

Descargue la aplicación o cree su cuenta en Internet

Su UCard llega por correo postal – recuerde activarla

¡Comienza su cobertura! Empiece a usar su plan

Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en **myUHC.com/CommunityPlan**. En Internet, usted puede:

- Consultar el estado de su inscripción
- Buscar proveedores de la red y farmacias de la red y ver documentos del plan, como su Lista de Medicamentos (Formulario) y Evidencia de Cobertura
- Responder su evaluación de salud

Use su UCard cuando

- Visite a un proveedor o surta una receta
- Pague productos de venta sin receta y más – incluso alimentos saludables y servicios públicos si califica. (Verificaremos con su médico su enfermedad que califica y le enviaremos una carta con los próximos pasos)
- Gaste sus recompensas ganadas
- Se registre en el gimnasio

Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de Optum®. Visite **UHCHouseCalls.com** si desea más información
- Revise los saldos de la UCard

Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame al número que se encuentra en su UCard.

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Agentes de Ventas usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Agente de Ventas (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

- ☐ Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos
- ☐ Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)
- ☐ Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)
- ☐ Productos dentales, de la vista o de la audición
- ☐ Productos de indemnización hospitalaria

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Agente de Ventas es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario no afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, no le inscribe en un plan de Medicare ni le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma del beneficiario/representante autorizado	**Fecha de hoy**
_____	MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)	Relación con el beneficiario

El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Agente de Ventas (nombre y apellidos)	Teléfono del Agente de Ventas – –	ID del Agente de Ventas
Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)	Teléfono del beneficiario – –	Fecha en que se realizará la cita MM - DD - YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial	Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

_____

Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud-punto de servicio (HMO-POS) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

Plan de costos de Medicare — En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y deducibles de Medicare.

Plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos planes privados de tarifa por servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

Otros productos relacionados

Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

Productos dentales, de la vista o de la audición — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Productos de indemnización hospitalaria — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales

Para recibir su beneficio de alimentos saludables y servicios públicos, debemos verificar sus enfermedades que califican. Después de llenar este formulario, devuélvalo junto con la solicitud de inscripción de su plan. **No** le lleve este formulario a su médico tratante.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **ID de Medicare:** _____

Enfermedades que califican

Marque las enfermedades que usted tiene:

- ☐ Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2)
- ☐ Enfermedades cardiovasculares
- ☐ Insuficiencia cardíaca crónica
- ☐ Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica)
- ☐ Hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico)
- ☐ Trastornos autoinmunitarios
- ☐ Cáncer
- ☐ Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD)
- ☐ Enfermedad gastrointestinal crónica
- ☐ Enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD)
- ☐ Trastornos pulmonares crónicos
- ☐ Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes
- ☐ Demencia
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores
- ☐ Miastenia grave/Trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/Neuropatía inflamatoria y tóxica
- ☐ Trastornos neurológicos
- ☐ Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- ☐ Cuidado posterior al trasplante de órganos
- ☐ Trastornos hematológicos graves
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo
- ☐ Enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares, que incluyen lesiones en la médula espinal, parálisis, pérdida de extremidades, derrame cerebral y artritis

Información sobre el médico tratante

Nombre completo		N.º de teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de fax	Dirección de correo electrónico	

N.º de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (de 10 a 12 dígitos sin guiones)

Si usted no tiene toda esta información, puede llenar el nombre completo y el número de Identificador Nacional de Proveedor de su médico tratante (exactamente como se encuentra en el Directorio de Proveedores o en Internet).

¿Ha consultado a este proveedor en los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No

Autorización para divulgar información

Al llenar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de información de salud individualmente identificable, según se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales.

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria;
- Mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de cuidado de la salud, y también puede contener información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud;
- No me pueden denegar el tratamiento, el pago de servicios para el cuidado de la salud, ni la inscripción o los requisitos de participación para recibir beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario;
- Una vez que se haya compartido mi información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a compartirla. Si el receptor no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, la información ya no podrá estar protegida por las leyes federales de privacidad; y
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación a UnitedHealthcare por escrito; sin embargo, la revocación no afectará a ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación.

Quién puede recibir y divulgar mi información:

Autorizo a las subsidiarias de UnitedHealth Group y a sus compañías afiliadas a recibir o divulgar mi información de salud individualmente identificable entre sí.

Tipo de información que se divulgará:

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud.

Finalidad de la divulgación:

Mi información de salud se divulga para verificar que califico para recibir el beneficio de alimentos saludables y servicios públicos o para verificar mi diagnóstico de una enfermedad crónica cubierta.

Firma del solicitante **Fecha**

Firma del testigo (Solo para residentes de Illinois)	Fecha

Tenga en cuenta: Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe llenar los campos de la siguiente página y adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

Tutor o Representante:

Nombre	N.º de teléfono
Dirección	

Ciudad	Estado	Código postal
Firma del tutor o representante		Fecha

Solo para residentes de California y Georgia: Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

United Healthcare

PathWays FOR AGING DUAL CARE

Solicitud de Inscripción 2026

☐ **UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) H2385-003-000**

Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
N.º de teléfono residencial ( ) —	N.º de teléfono móvil ( ) —

Puede mantenerse al día con su plan y su salud con llamadas oportunas y útiles.

☐ Marque esta casilla para autorizar la recepción de llamadas mediante marcación automática/ tecnología de voz artificial o pregrabada. Puede cambiar su preferencia en cualquier momento.

N.º del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP [con elegibilidad doble]): __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

N.º de Medicare

Dirección de residencia permanente **(No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente)**

Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Dirección postal **(Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)**

Ciudad	Estado	Código postal

Dirección de correo electrónico

Recibirá cierta información del plan, como su Explicación de Beneficios y Aviso Anual de Cambios, por vía electrónica (más rápido que por correo postal). Cuando los nuevos documentos estén listos para revisarlos en Internet, le avisaremos por correo electrónico.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

☐ Marque aquí si prefiere recibir copias impresas por correo postal. Puede cambiar su preferencia de entrega en cualquier momento.

¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta? ☐ Sí ☐ No

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió **sí**, proporcione los siguientes datos:

Nombre del otro seguro			
N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.

¿Qué métodos de pago desea usar?

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que adeude), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)*.

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), el Seguro Social (Social Security, SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarlo:

- ☐ Con el cheque del Seguro Social
- ☐ Factura de parte de Medicare
- ☐ Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago con el cheque del Seguro Social

☐ Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____

N.º de ruta bancaria __/__/__/__/__/__/__/__/__

N.º de cuenta bancaria__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

*Los miembros inscritos en el programa de Transferencia Electrónica de Fondos deben aceptar las siguientes condiciones: Mi banco puede pagar a UnitedHealthcare Insurance Company los nuevos cargos desde mi cuenta bancaria, que pueden incluir hasta $200.00 de los cargos

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

retroactivos actuales más la prima mensual. Si decido dejar de realizar pagos mediante Transferencia Electrónica de Fondos, comunicaré esta decisión tanto a UHC como a mi banco. Entiendo que podría llevar de 1 a 2 meses procesar el cambio.

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan

1. ¿Qué idioma o formato accesible prefiere para recibir información del plan en el futuro?

☐ Inglés ☐ Español

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Otro _____

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHC.com/CommunityPlan** para recibir ayuda por Internet. **Si no elige ninguna opción, recibirá la información del plan en inglés.**

2. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

3. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?
(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura del Seguro por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)
☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

4. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.

La lista que proporcione no limita la consulta solamente a estos proveedores. Usted puede consultar a cualquier médico que acepte Medicare y las condiciones de pago del plan.
Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:	(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de

Nombre del miembro _____
Nombre/N.º de ID del agente _____

	Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor? ☐ Sí ☐ No

Lea y firme

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

- ☐ Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- ☐ Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- ☐ Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- ☐ Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- ☐ Entiendo que mi firma en esta solicitud de inscripción autoriza a UHC PathWays Dual Care y al estado de Indiana a inscribirme en el plan de Cuidado Administrado de Medicaid UHC PathWays Dual Care que se alinea con este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, DSNP) UHC PathWays Dual Care.
- ☐ **Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- ☐ Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- ☐ La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- ☐ Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Al firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado **Fecha de hoy**

_____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes Datos (*No un Agente de Ventas)

Apellidos	Nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono ( ) –	Relación con el solicitante	

Para las Personas que ayudan al miembro a llenar este formulario únicamente

Llene esta sección si usted es una persona (es decir, agentes de seguros, asesores del programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un miembro a llenar este formulario.

Nombre	Relación con el miembro
Firma	Número de Proveedor Nacional (agentes/ agentes de seguros únicamente)

Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia

ID del sistema/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Nombre del grupo del empleador	
ID del grupo del empleador	ID de sucursal

Para ser llenado por el agente de ventas

☐ IEP (miembros de MA-PD)	☐ ICEP (miembros de MA)	☐ IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP)	☐ OEP (1 de enero a 31 de marzo)
☐ OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)	☐ SEP (cambio de residencia)	☐ SEP (pérdida de la cobertura de EGHP)
☐ SEP (enfermedad crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	☐ AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)	☐ OEPI

☐ SEP (razón del Período de Elección Especial) _____

Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional) **Fecha**

Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo postal o fax a:

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769
Fax: 1-888-950-1169
Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada hoja

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

N.º de OMB 0938-1378
Vence: 12/31/2026
H2385_ERF_2026_C SP CSIN26LP0322204_000

Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

- ✔ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✔ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red.
- ✔ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✔ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- ✔ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✔ Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✔ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Consulte la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios fuera de la red están cubiertos por este plan. Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle el cuidado.
- ✔ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.

✔ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

Recibo de inscripción 2026

Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.

Use este recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard®. Este recibo no es garantía de inscripción.
Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.

Solicitante 1:	**Solicitante 2 (si corresponde):**
Nombre	Nombre
Fecha de solicitud	Fecha de solicitud
Fecha de vigencia propuesta	Fecha de vigencia propuesta
Nombre del plan	Nombre del plan
Tipo de plan	Tipo de plan
Plan de salud/N.º de PBP	Plan de salud/N.º de PBP
N.º de registro de inscripción (si corresponde)	N.º de registro de inscripción (si corresponde)

Si tiene alguna pregunta, llame a su Representante de Ventas con Licencia:

Nombre y n.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

RxBIN: 610097

RxPCN: 9999

RxGRP: MPDCSP

Estamos aquí para ayudarle. Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.
Recordatorio importante - No necesita tener un plan de Medigap ni un plan de seguro complementario con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.

United Healthcare®

H2385_ER_2026_C SP

CSIN26LP0326547_000

Información importante: Calificación 2026 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

UnitedHealthcare - H2385

En el año 2026, UnitedHealthcare - H2385 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	El plan es nuevo para ser evaluado
Calificación de los Servicios de Salud:	El plan es nuevo para ser evaluado
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	El plan es nuevo para ser evaluado

*Algunos contratos no tienen la suficiente información para calificar el rendimiento del plan. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

★ ★ ★ ★ ★	EXCELENTE
★ ★ ★ ★	SUPERIOR AL PROMEDIO
★ ★ ★	PROMEDIO
★ ★	DEBAJO DEL PROMEDIO
★	DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en **medicare.gov/plan-compare**.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **800-832-4643** (número gratuito) o al 711 (TTY).

Y0066_H2385_A_PR2026_M UHIN26LP0367364_000

Notificación de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo al coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344

Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea:: **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**

Teléfono: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamos están disponibles en:
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Este aviso está disponible en: **https://www.uhc.com/nondiscrimination-med**
https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html

¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

UHC PathWays Dual Care IN-S1 (PPO D-SNP)

Aprovechará los beneficios adicionales de su plan si usa los proveedores indicados a continuación.

Llame al **1-800-832-4643**, TTY **711**, 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 o visite **myUHC.com/CommunityPlan** para:

- ☐ Servicios para la vista de rutina: MARCH® Vision Care
- ☐ Beneficios dentales de rutina: UnitedHealthcare Dental
- ☐ Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®

Aparatos auditivos
UnitedHealthcare Hearing
1-877-704-3384
UHCHearing.com/Medicare

Entrega a domicilio de medicamentos con receta
Optum® Home Delivery Pharmacy
1-877-889-6358
myUHC.com/CommunityPlan

Transporte de rutina
LCP
1-888-260-5339
lcptransportation.com

Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar
Solutran
1-833-853-8587
myUHC.com/CommunityPlan

UnitedHealthcare tiene más de 45 años
de experiencia en prestar servicios a sus miembros.
Usted puede contar con UnitedHealthcare para
que esté a su disposición en todo momento.

Haga clic. Llame. Conéctese.

Descargue la aplicación UnitedHealthcare

UHC.com/CommunityPlan

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

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare

Información importante del plan

Y0066_EGCov_2026_C SP

CSIN26LP0315850_003