Guía de Inscripción 2026

UHC One Care MA-Y3 (HMO D-SNP)
UHC One Care MA-Y4 (HMO D-SNP)

H4610-001-000
H4610-002-000

Área de servicio: Massachusetts - condados de Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, Worcester

United Healthcare®
Community Plan

MA-Y3 QMB+, SLMB+
MA-Y4 QMB+, SLMB+ with nursing facility level of care

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".

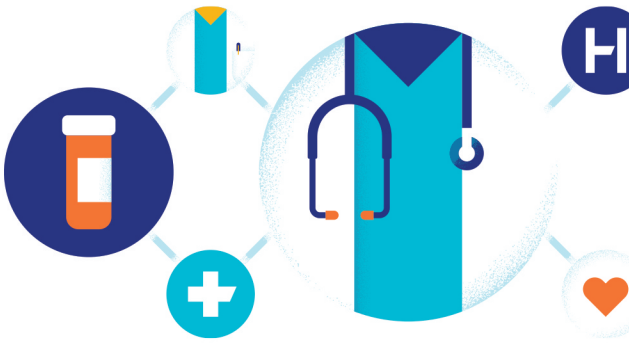
— Mary M., Miembro de UnitedHealthcareComplete Care

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

H4610_INTRO_2026_C SP
UHCOC_INTRO_H4610_2026

CSMA26HM0353825_000

Obtenga todos sus beneficios médicos en un solo plan



El plan UHC One Care es un plan de Cuidado Coordinado que combina todos sus beneficios de MassHealth Standard o CommonHealth y de Medicare Original en un solo plan. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores locales de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.

Así es como funciona este plan HMO D-SNP

Elija un proveedor de cuidado primario de la red para que supervise y ayude a administrar su cuidado. Es requerido por el plan, pero también es muy beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.

Ningún gasto de su bolsillo en los medicamentos cubiertos u otros beneficios de cuidado de la salud aprobados de proveedores de la red. Si recibe cuidado de un proveedor fuera de la red, tendrá que pagar el costo total de su bolsillo.

Algunos servicios requieren una referencia de su médico. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios.

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

Este plan incluye cobertura dental médicamente necesaria, sin costo para usted.

Reciba apoyo de su coordinador del cuidado de la salud, quien puede hacer citas, coordinar servicios de transporte y ayudarle a aprovechar al máximo su plan.

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 Guía para Miembros para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos

H4610_PlanWorks_2026_M SP H4610001000
UHCOC_PlanWorks_H4610_2026 SP

CSMA26HM0323582_000

Beneficios Importantes

UHC One Care MA-Y3 (HMO D-SNP)

UHC One Care MA-Y4 (HMO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Las cantidades indicadas 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 Guía para Miembros. 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 puede cambiar.	
Prima mensual del plan	$0

Beneficios del plan	
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	$0
Especialista	$0 (se necesita una referencia)
Visitas virtuales	$0 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
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$0 por cada estadía
Centro de enfermería especializada (SNF) (la estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)	$0 por día, días 1 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	$0

Beneficios del plan	
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	$0
Terapia individual	$0
Visitas virtuales	$0 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
Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	$0
Suministros para el control de la diabetes	$0 para las marcas que tienen cobertura
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	$0
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	$0
Servicios de laboratorio	$0
Radiografías para pacientes ambulatorios	$0
Ambulancia	$0 por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	$0
Servicios requeridos de urgencia	$0

Beneficios adicionales del plan	
Programa Rewards	Gane hasta $165 en recompensas si usted comienza en enero[Ω]

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**
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 Community Plan

[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.

UHC One Care es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP) que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona de 21 a 64 años que califique para MassHealth Standard o CommonHealth y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.

H4610_MABH_2026_SP_M H4610001000_H4610002000 CSMA26HM0336251_002
UHCOC_MABH_2026_SP_M H4610001000_H4610002000

Resumen de Beneficios 2026

UHC One Care MA-Y3 (HMO D-SNP)
UHC One Care MA-Y4 (HMO D-SNP)

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

es.UHCCommunityPlan.com

Número gratuito **1-866-633-4454,** TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

United Healthcare®
Community Plan

H4610_001_000_H4610_002_000_2026_M SP
UHCOC_SB_H4610_001_000_H4610_002_000_2026_M SP

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC One Care MA-Y3 (HMO D-SNP) y UHC One Care MA-Y4 (HMO 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 One Care. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad 1

B. Preguntas frecuentes 3

C. Descripción general de los servicios 8

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC One Care 18

E. Servicios que no cubre UHC One Care, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid) 18

F. Sus derechos como miembro del plan 19

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado 21

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude 21

I. Qué puede hacer si desea recibir ayuda independiente con una queja o un problema 21

A. Exenciones de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC One Care para el año 2026. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Llame a Servicio al Cliente para obtener una **Guía para Miembros** o consúltela en el sitio web **es.UHCCommunityPlan.com**.

- UHC One Care (HMO D-SNP) es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP), que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Es para las personas que tienen tanto Medicare como el programa MassHealth (Standard), que tienen entre 21 y 64 años en el momento de la inscripción y que no tienen ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual *Medicare Y Usted*. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov) o 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 el programa MassHealth (Medicaid), puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman por teléfono al 1-855-781-9898 (número gratuito), los usuarios de videoteléfono (videophone, VP) pueden llamar al (339) 224-6831, de lunes a viernes, de 9 a.m. a 4 p.m.
- ATENCIÓN: Si habla español u otros idiomas, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-633-4454, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ATTENTION: If you speak Spanish or other languages, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the Member Engagement Center at 1-866-633-4454, TTY 711, 8 a.m.–8 p.m. local time, 7 days a week. The call is free.
- Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al 1-866-633-4454, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con es.Medicare.gov o al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones.
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UHC One Care, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su **Guía para Miembros** para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. Los miembros de One Care tienen $0 de costos.

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **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.
- Con UHC One Care (HMO D-SNP), usted puede recibir sus servicios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) en un solo plan de salud llamado One Care. Un Coordinador del Cuidado de la Salud de UHC One Care (HMO D-SNP) le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- **Aviso de Recuperación del Patrimonio:** El programa MassHealth (Medicaid) está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth (Medicaid) que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth (Medicaid), visite mass.gov/estaterecovery.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al 1-866-633-4454, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-633-4454, TTY 711, 8 a.m.–8 p.m., 7 days a week.
- ATENÇÃO: Se você fala português, estão à sua disposição serviços de assistência lingüística, gratuitos. Ligue para 1-866-633-4454, TTY 711 das 8h00 às 20h, 7 dias por semana.
- Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-866-633-4454, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Una persona que habla español puede ayudarle. Este servicio es gratuito.
- We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-866-633-4454, TTY 711, 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week. Someone that speaks English can help you. This is a free service.
- 我們提供免費口譯服務，能回答您對我們的健保或配藥計劃的任何疑問。欲申請口譯員，歡迎致電與我們聯絡，電話 1-866-633-4454, TTY 711。會有說中文的人員為您提供協助。這是免費服務。

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

B. Preguntas frecuentes

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

Preguntas Frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es un Plan One Care?	Un Plan One Care es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS), así como otros proveedores. También cuenta con Coordinadores del Cuidado de la Salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores, servicios y apoyos. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite. UHC One Care es un Plan One Care que proporciona los beneficios del programa MassHealth (Medicaid) y de Medicare a los miembros del programa One Care.
¿Qué es un Coordinador del Cuidado de la Salud de UHC One Care?	Un Coordinador del Cuidado de la Salud de UHC One Care es la persona principal con la que usted debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que 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. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital.
¿Qué es un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (LTS-C)?	Un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (Long-term Supports Coordinator, LTS-C) de UHC One Care es la persona con la que usted se comunica, que integra su Equipo de Cuidado de la Salud y que es experta en apoyos y servicios a largo plazo, o en servicios para la recuperación. Esta persona le ayuda a recibir servicios que le permiten vivir de manera independiente en su domicilio.
En UHC One Care, ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) que recibo ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Usted recibirá sus beneficios cubiertos de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) directamente a través de UHC One Care. 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. Es posible que también reciba otros beneficios de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal como el Departamento de Salud Mental o el Departamento de Servicios para el Desarrollo.

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas Frecuentes (FAQ)	Respuestas
En UHC One Care, ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid) que recibo ahora? (continuación)	Cuando se inscriba en UHC One Care, usted y su Equipo de Cuidado de la Salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado (ICP) que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC One Care 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 One Care cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para todos los demás servicios, usted puede seguir usando sus médicos y seguir recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que su Plan de Cuidado Individualizado esté completo. Si se encuentra en el período de 60 días de nuestro plan en el que se considera que sigue cumpliendo los requisitos de participación, seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, su cobertura del programa MassHealth (Medicaid) puede terminar antes que su cobertura de Medicare con nosotros. Cuando su cobertura del programa MassHealth (Medicaid) termine, no pagaremos sus beneficios del programa MassHealth (Medicaid), ni siquiera el costo compartido de Medicare. Los costos compartidos de Medicare por los beneficios básicos y complementarios de Medicare no cambian durante este período. Le ayudaremos a intentar recuperar su categoría de participación en el programa MassHealth (Medicaid). Si se restablece su categoría de participación en el programa MassHealth (Medicaid) mientras usted aún esté inscrito con nosotros para su cobertura de Medicare, reanudaremos el pago de sus beneficios del programa MassHealth (Medicaid) y su inscripción con nosotros continuará. Si usted recupera su categoría de participación en el programa MassHealth (Medicaid) después de que cancelemos su inscripción en nuestra cobertura de Medicare, deberá comunicarse para reinscribirse con nosotros.

Preguntas Frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora?	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC One Care y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles. • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están "dentro de la red". **Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC One Care.** • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC One Care. Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente o lea el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de UHC One Care en el sitio web del plan en **es.UHCCommunityPlan.com**. Si es nuevo en UHC One Care, colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) que satisfaga sus necesidades. Puede seguir usando los médicos que usa ahora durante 90 días o hasta que su Plan de Cuidado Individualizado esté completo.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC One Care puede prestarlo?	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio cubierto que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC One Care pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible UHC One Care?	El área de servicio de este plan incluye: Los condados de Bristol, Essex, Hampden, Hampshire, Middlesex, Norfolk, Plymouth, Suffolk, y Worcester, Massachusetts. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC One Care?	Usted no pagará ninguna prima mensual a UHC One Care (HMO D-SNP) Si paga una prima al programa MassHealth (Medicaid) por CommonHealth, debe seguir pagando la prima al programa MassHealth (Medicaid) para mantener su cobertura.

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas Frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Qué es una preautorización (PA)?	Preautorización se refiere a una aprobación de UHC One Care 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 One Care 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 One Care puede proporcionarle a usted o su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC One Care antes de que se preste el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la **Guía para Miembros** si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de la **Guía para Miembros** para saber qué servicios requieren una preautorización. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o a los números que se encuentran al pie de este documento para recibir ayuda.
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su proveedor de cuidado primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su proveedor de cuidado primario, es posible que UHC One Care no cubra los servicios. UHC One Care puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su proveedor de cuidado primario antes de que se preste el servicio. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.
¿Debo pagar un deducible?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC One Care.

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas Frecuentes (FAQ)	Respuestas
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC One Care?	En UHC One Care, no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de $0.
¿Con quién debería comunicarme si tengo preguntas o necesito ayuda?	**Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las tarjetas de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC One Care:** **Llame al** **1-866-633-4454** Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana Servicio al Cliente 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., hora local, los 7 días de la semana
	Si tiene preguntas sobre su salud, llame a NurseLine **Llame al** **1-866-385-6728** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana **TTY** **711** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
	Si necesita servicios inmediatos de salud del comportamiento, llame a la Línea de Crisis de Salud del Comportamiento **Llame al** **1-866-633-4454** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana **TTY** **711** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

C. Descripción general de los servicios

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

Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen; no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea la Guía para Miembros de UHC One Care.

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	Estadía en el hospital como paciente hospitalizado	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de un médico o un cirujano	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted desea consultar a un médico (continúa en la página siguiente)	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	No se necesita una autorización.
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales	$0	No se necesita una autorización.
	Visitas de bienestar, como un examen médico	$0	No se necesita una autorización.
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	$0	Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare.

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 desea consultar a un médico (continuación)	Cuidado de especialistas	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Se requiere una referencia.
	Transporte a un consultorio médico	$0	No se necesita una autorización.
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	$0	La cobertura se proporciona únicamente en los Estados Unidos y sus territorios. Usted puede usar cualquier sala de emergencias, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.
	Cuidado de Urgencia	$0	La cobertura se proporciona únicamente en los Estados Unidos y sus territorios. Si usted necesita servicios para el cuidado de urgencia, primero debe intentar recibirlos de un proveedor de la red. Puede usar cualquier centro de cuidado de urgencia, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.
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	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Exámenes de detección, como pruebas para detectar el cáncer	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. No se necesita una preautorización para los exámenes de audición de rutina.
	Aparatos auditivos	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita cuidado dental	Exámenes dentales y cuidado preventivo	$0	Usted tiene cobertura para un examen de rutina, dos limpiezas y radiografías cada año. Tiene cobertura para un tratamiento con fluoruro cada seis meses. Según la necesidad médica, tiene acceso a más tratamientos con fluoruro. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. No se necesita una preautorización para los exámenes de la vista de rutina.
	Anteojos o lentes de contacto	$0	Usted tiene hasta $300 de cobertura cada año para un par de lentes de contacto o de anteojos (lentes monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar y marcos).
	Otro cuidado de la vista	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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 de salud del comportamiento	Servicios de salud del comportamiento	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud del comportamiento	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para el consumo de sustancias	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado temporal para adultos y cuidado temporal para adultos en grupo	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Relevo del cuidador	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Se requiere una referencia.

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 transporte	Servicios de ambulancia	$0	No se necesita una autorización. Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	$0	No se necesita una autorización.
	Transporte a citas médicas	$0	No se necesita una autorización.
	Transporte a otros servicios El transporte de rutina no se debe usar en emergencias	$0	Se limita a 10 viajes en una sola dirección por cada mes.
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)	Medicamentos genéricos (no de marca)	$0 por un suministro de 30 días.	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de UHC One Care. Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted. Si ha estado en un centro de enfermería durante al menos 90 días, no tendrá copagos por medicamentos con receta.

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 afección (continuación)	Medicamentos de marca	$0 por un suministro de 30 días.	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de UHC One Care. Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 90 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted. Si ha estado en un centro de enfermería durante al menos 90 días, no tendrá copagos por medicamentos con receta.
	Medicamentos sin receta	$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 One Care.
	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, 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 **Guía para Miembros**

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.

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

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 afección (continuación)	Medicamentos de la Parte D de Medicare Nivel 1: Genéricos Preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De Marca Preferidos Nivel 4: Medicamentos No Preferidos Nivel 5: De Especialidad	$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de One Care.
Usted tiene una enfermedad crónica, como diabetes o una enfermedad cardíaca	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	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.

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	Servicios para el aborto	$0	No se necesita una autorización.
	Servicios de diálisis	$0	No se necesita una autorización.
	Planificación familiar	$0	Es posible que se necesite una preautorización para las pruebas genéticas.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de una enfermera partera	$0	No se necesita una autorización.
	Servicios de rehabilitación	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de enfermería especializada y servicios de asistencia médica a domicilio	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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 **Guía para Miembros**.	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Nebulizadores	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo de oxígeno y suministros	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
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 tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Modificaciones en su domicilio, como rampas y acceso para sillas de ruedas	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de salud diurnos para adultos u otros servicios de apoyo	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de habilitación diurnos	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

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 a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado Temporal para Adultos y Cuidado Temporal para Adultos en Grupo	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Servicios cubiertos adicionales	Acupuntura	$0	Se necesita preautorización.
	Servicios quiroprácticos	$0	Usted tiene cobertura para hasta 20 visitas cada año.
	Servicios para dejar de fumar	$0	Con cobertura – si desea más información, consulte la **Guía para Miembros**.
	Servicios de prótesis	$0	Se necesita preautorización.
	Radioterapia	$0	Se necesita preautorización.
	Visitas virtuales de salud del comportamiento	$0	Con cobertura Si desea más información, consulte la **Guía para Miembros**.

El resumen de beneficios anterior se proporciona para su conocimiento solamente. Para obtener más información sobre sus beneficios, puede leer la **Guía para Miembros** de UHC One Care. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC One Care.

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC One Care

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC One Care, pero que están cubiertos por Medicare, el programa MassHealth (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, el programa MassHealth (Medicaid) o una Agencia Estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados para enfermos terminales cubiertos fuera de UHC One Care	$0
Rehabilitación psicosocial	Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).
Administración de casos dirigida a grupos específicos	Para obtener más información, llame al programa MassHealth (Medicaid).
Habitación y comida en casa de reposo	Llame al Departamento de Ayuda para la Transición para obtener más información.
Servicios de una Doula	$0

E. Servicios que no cubre UHC One Care, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid)

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

Servicios que no cubre UHC One Care, Medicare ni el programa MassHealth (Medicaid)	
Servicios que no sean médicamente necesarios según las normas de Medicare y del programa MassHealth (Medicaid).	Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, desempeño deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.	Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan pagará la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico.

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC One Care, 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 **Guía para Miembros**.

Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su 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 de cuidado primario (PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año.
  - Elegir un Coordinador de Apoyos a Largo Plazo (Long-term Supports, LTS).
  - 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 a recibir 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 One Care pagará el costo de su visita de segunda opinión.
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en Instrucciones por Anticipado.

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir oportunamente cuidado médico para los servicios cubiertos dentro de los plazos descritos en la **Guía para Miembros** y presentar una apelación si no recibe el cuidado dentro de esos plazos.
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus médicos, otros proveedores y su plan de salud. Si necesita ayuda con este servicio, llame al **1-866-633-4454**, TTY **711**.
  - Recibir su **Guía para Miembros** y cualquier material impreso de UHC One Care traducidos en su idioma prevaleciente, o que le lean estos materiales en voz alta si usted tiene dificultad para ver o leer. Los servicios de interpretación oral estarán disponibles a solicitud y sin cargo.
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión usada como medio de coerción, fuerza, disciplina, conveniencia o represalia.
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para 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 el programa MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El sitio web de UHC One Care myuhc.com/communityplan ofrece formularios para quejas e instrucciones disponibles en Internet.
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por el programa MassHealth (Medicaid).
  - Solicitar una Audiencia Estatal.
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Guía para Miembros**. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**) o a la Oficina del Ombudsman de Medicaid al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.

Si tiene preguntas, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC One Care debería cubrir algo que denegamos, llame a UHC One Care al **1-866-633-4454**, TTY **711**. Puede presentar una queja o apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros** de UHC One Care. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC One Care.

Para presentar quejas/quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 6103
MS CA120-0368
Cypress, CA 90630-0023

Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones por medicamentos de la Parte D o del programa MassHealth (Medicaid) o CommonHealth:

UnitedHealthcare Community Plan
Attn: Part D/MassHealth (Medicaid)
Standard Appeals
P.O. Box 6103
MS CA120-0368
Cypress, CA 90630-0023

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

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

- Si usted cree que un médico, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.
- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC One Care. Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen.
- O llame a Servicio al Cliente del programa MassHealth (Medicaid) al 1-800-841-2900. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.
- 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.

I. Qué puede hacer si desea recibir ayuda independiente con una queja o un problema

El programa My Ombudsman es un programa independiente que puede ayudarle si tiene preguntas, inquietudes o problemas relacionados con One Care. Puede comunicarse con el programa My Ombudsman para obtener información o ayuda. Los servicios del programa My Ombudsman son gratuitos. El personal de este programa:

- puede responder sus preguntas o referirle al lugar adecuado para que usted encuentre lo que necesite.
- puede ayudarle a tratar un problema o una inquietud con respecto a One Care o su plan One Care, UHC Once Care. El personal del programa My Ombudsman escuchará, investigará el problema y analizará opciones con usted para ayudar a resolver el problema.
- ayuda con las apelaciones. Una apelación es una manera formal de pedir a su plan One Care, al programa MassHealth (Medicaid) o a Medicare que revise una decisión sobre sus servicios. El

personal del programa My Ombudsman puede explicarle cómo presentar una apelación y qué esperar durante el proceso de apelación.

Usted puede llamar o escribir al programa My Ombudsman, o visitar la oficina del programa.

- Llame al 1-855-781-9898, de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:00 p.m.
  - Use 7-1-1 para llamar al 1-855-781-9898. Este número es para personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidad del habla.
  - Use videoteléfono (VP) al 339-224-6831. Este número es para personas sordas o con dificultades de audición.
- Envíe un correo electrónico a info@myombudsman.org
- Escriba a la oficina del programa My Ombudsman o visítela en 25 Kingston Street, 4th floor, Boston, MA 02111
  - Para obtener información actualizada sobre la dirección y el horario de atención sin cita previa, consulte el sitio web del programa My Ombudsman o comuníquese con ellos directamente.
- Visite el programa My Ombudsman en Internet en www.myombudsman.org

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o su UCard, llame a Servicio al Cliente de UHC One Care:

Llame al **1-866-633-4454**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, incluido el uso de tecnologías alternativas. Servicio al Cliente 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., hora local, los 7 días de la semana.

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP). Siga las instrucciones de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado cuando el consultorio está cerrado.

Si el consultorio de su proveedor de cuidado primario está cerrado, también puede llamar a Nurse Line de UHC One Care. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado. Los números de Nurse Line de UHC One Care son:

Llame al **1-866-385-6728**

Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. UHC One Care también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. 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:

Llame al **1-866-633-4454**

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

CSMA26HM0320043_003

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/**
- El Centro de Servicio al Cliente del programa MassHealth al **1-800-841-2900**, TTY **711** o visite **mass.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

H4610_HELPRES2_2026_C SP
UHCOC_HELPRES_H4610_2026 SP

CSMA26HM0347407_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 Guía para Miembros 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?
Si sus proveedores no están dentro de la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red.

¿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 Guía para Miembros en Internet.

Usted cumple los requisitos para inscribirse si:

Tiene entre 21 y 64 años, está inscrito en MassHealth Standard o CommonHealth y no tiene ningún otro seguro de salud (excepto Medicare)

Tiene derecho a las Partes A y B de Medicare Original

Vive en el área de servicio del plan
Para H4610-002, si usted también:
Recibe ciertos servicios a domicilio y en la comunidad

H4610_BYE_2026_C SP
UHCOC_BYE_2026_C SP
CSMA26HM0331475_000

Cómo inscribirse

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

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 por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O envíenos una Solicitud de Inscripción llenada.

H4610_HTE_2026_M
UHCOC_HTE_H4610_2026 SP

CSMA26HM0325389_000

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.

Solicitud de Inscripción 2026

☐ **UHC One Care MA-Y3 (HMO D-SNP) H4610-001-000**
☐ **UHC One Care MA-Y4 (HMO D-SNP) H4610-002-000**

Esta solicitud es para personas que tienen los beneficios de MassHealth Standard o CommonHealth (Medicaid) y eligen inscribirse en UHC One Care. Usted también debe tener la Parte A y la Parte B de Medicare.

Información sobre MassHealth Standard o CommonHealth (Medicaid)

¿Está inscrito en el programa MassHealth? ☐ Sí ☐ No

Escriba su número del programa MassHealth o adjunte una copia de su tarjeta del programa MassHealth. Ese número tiene 12 dígitos y se encuentra debajo de su nombre.

Número del programa MassHealth _____

Para inscribirse en una organización UHC One Care, usted debe tener los beneficios de MassHealth Standard o CommonHealth. Para solicitar su inscripción en el programa MassHealth, llame al 1-800-841-2900 (TTY 711 para personas con pérdida auditiva total o parcial).

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]): __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

Nombre del centro de enfermería especializada (si corresponde)

N.º de Medicare

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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

¿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.

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 **1-866-633-4454**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 d as 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. ¿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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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

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

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 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:

- ☐ Esta organización de cuidado para adultos de edad avanzada, UHC One Care, es un plan Medicare Advantage que tiene un contrato con el gobierno federal. UHC One Care también tiene un contrato con Commonwealth of Massachusetts/MassHealth. No se trata de un Plan Complementario de Medicare. Tendré que mantener mi plan de MassHealth Standard o CommonHealth. 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.
- ☐ Como tengo el programa MassHealth, puedo dejar UHC One Care si tengo un período de elección que califica. Dejaré de estar cubierto por UHC One Care el primer día del mes posterior al mes en que solicite dejar UHC One Care. UHC One Care cubre un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área de servicio de UHC One Care, tengo que llamar al plan para cancelar mi inscripción y buscar un nuevo plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de UHC One Care, si estoy en desacuerdo con las decisiones del plan sobre pagos y servicios, tengo derecho a apelarlas.
- ☐ 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

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

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 "Guia para Miembros" 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).
- ☐ **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.
- ☐ La inscripción en este plan podría afectar los beneficios de salud de mi sindicato o empleador. Si tengo una cobertura de salud de un empleador o sindicato, la inscripción en este plan puede afectar el funcionamiento de mi cobertura actual. Mis dependientes o yo podríamos perder toda nuestra cobertura de salud o de medicamentos y no recuperarla si me inscribo en este plan. Hablaré con mi empleador o sindicato. Preguntaré si mi inscripción en este plan podría afectar a mi plan actual. También sería conveniente que consulte el sitio web de mi empleador o sindicato, o leer cualquier información que me hayan enviado. Si no hay información sobre con quién comunicarse, mi administrador de beneficios o la oficina que responde preguntas sobre mi cobertura pueden ayudarme.
- ☐ **Aviso de Recuperación del Patrimonio:** El programa MassHealth está obligado por la ley federal a recuperar dinero del patrimonio de ciertos miembros del programa MassHealth que son mayores de 55 años y de aquellos de cualquier edad que reciben cuidado a largo plazo dentro de un asilo de convalecencia u otra institución médica. Para obtener más información sobre la recuperación del patrimonio que realiza el programa MassHealth, visite www.mass.gov/estaterecovery
- ☐ 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 _____

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 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

H4610_ERF_2026_C SP CSMA26HM0322740_001
UHCOC_ERF_H4610_2026

Fax: 1-888-950-1170
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 One Care MA-Y3 (HMO 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.

UHC One Care es un plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan (D-SNP)) que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa MassHealth (Medicaid) para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan es un programa voluntario que está disponible para toda persona de 21 a 64 años que califique para MassHealth Standard o CommonHealth y Medicare Original y que no tenga ningún otro seguro de salud integral, excepto Medicare.

N.º de OMB 0938-1378
Vence: 12/31/2026
H4610_ERF_2026_C SP CSMA26HM0322740_001
UHCOC_ERF_H4610_2026

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 Guía para Miembros 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 Guía para Miembros. 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. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✔ 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 la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- ✔ Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✔ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✔ 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.

H4610_ERF_2026_C SP
UHCOC_ERF_H4610_2026
CSMA26HM0322740_001

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
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

H4610-001 y H4610-002
Medicare y MassHealth:
RxBIN: 610097
RxPCN: 9999
RxGRP: MPDCSMA

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.

H4610_ER_2026_C SP
UHCOC_ER_H4610_2026

CSMA26HM0327083_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 - H4610

En el año 2026, UnitedHealthcare - H4610 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 **800-555-5757** (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 **866-633-4454** (número gratuito) o al 711 (TTY).

Y0066_H4610_A_PR2026_M UHMA26HM0367406_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

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

¿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 Cubiertos (Lista de Medicamentos/Formulario) y Guía para Miembros

Use su UCard cuando

- Visite a un proveedor o surta una receta
- Gaste sus recompensas ganadas

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 a Servicio al Cliente.

H4610_WTEA_2026_M SP
UHCONE_WTEA_2026_M SP
CSMA26HM0329791_000

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

H4610_EGCov_2026_C SP
UHCOC_EGCov_H4610_2026_C SP

CSMA26HM0316386_005