# Guía de Inscripción 2026

**UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP)**

H5253-059-000

**Área de servicio:** Ohio - condados de Butler, Clark, Cuyahoga, Franklin, Greene, Hamilton, Madison, Mahoning, Montgomery, Stark, Summit, Trumbull, Warren

United Healthcare®
Dual Complete

OH-D001
FBDE, QI, QMB, QMB+, SLMB, SLMB+

# 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 UnitedHealthcare Medicare 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 UnitedHealthcare Complete Care**

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

# 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.

## Así es como funciona este plan HMO D-SNP

**Use siempre proveedores de la red.** El plan no cubre cuidado médico recibido de proveedores fuera de la red. (Excepto servicios para el cuidado de emergencia, el cuidado de urgencia y la diálisis renal.)

**Elija un proveedor de cuidado primario 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.

**$0 de copago por servicios preventivos.**

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

**Este plan tiene un máximo anual de gastos de su bolsillo.**

**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**

Y0066_PlanWorks_2026_M SP H5253059000

CSOH26HM0323391_000

# Beneficios Importantes

## UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Las cantidades indicadas varían según sea la cantidad que el estado cubre de los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Para obtener información completa y los costos para las personas a quienes el estado no cubre los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare, 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 o si es un Beneficiario Calificado de Medicare, usted pagará $0 por los servicios cubiertos por Medicare.** Es posible que tenga que pagar copagos bajos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa "Ayuda Adicional" cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar. | | |
| | **Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** | **Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** |
| **Prima mensual del plan** | $0 con el programa "Ayuda Adicional" | $28.30 sin el programa "Ayuda Adicional" |
| **Deducible médico anual** (se aplica a ciertos beneficios médicos) | $0 | $283 |
| **Máximo anual de gastos de su bolsillo** (lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto) | $0 | $9,250 |

| Beneficios del plan | | |
|---|---|---|
| Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. | | |
| | **Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** | **Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** |
| **Visita al consultorio médico** | | |
| Proveedor de cuidado primario (PCP) | $0 de copago | 20% de coseguro |

| Beneficios del plan | | |
|---|---|---|
| | **Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** | **Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** |
| Especialista | $0 de copago (se necesita una referencia) | 20% de coseguro (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 | $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 de días ilimitado | $2,230 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días |
| **Centro de enfermería especializada** (SNF) (la estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare) | $0 de copago por día, por los días 1 a 100 | $0 de copago por día, días 1 a 20<br>$217 de copago por día, días 21 a 100 |
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía**<br>(Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan) | $0 de copago | 20% de coseguro |
| **Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios** | | |
| Terapia de grupo | $0 de copago | 20% de coseguro |
| Terapia individual | $0 de copago | 20% de coseguro |
| 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 | $0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |

| Beneficios del plan | | |
|---|---|---|
| | **Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** | **Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** | | |
| Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) | $0 de copago | 20% de coseguro |
| Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales) | $0 de copago | 20% de coseguro |
| **Suministros para el control de la diabetes** | $0 de copago para las marcas que tienen cobertura | $0 de copago para las marcas que tienen cobertura |
| **Servicios de radiodiagnóstico** (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) | $0 de copago | 20% de coseguro |
| **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** (no radiológicos) | $0 de copago | 20% de coseguro |
| **Servicios de laboratorio** | $0 de copago | $0 de copago |
| **Radiografías para pacientes ambulatorios** | $0 de copago | 20% de coseguro |
| **Ambulancia** | $0 de copago por transporte terrestre o aéreo | 20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo |
| **Cuidado de emergencia** | $0 de copago (mundial) | $115 de copago ($0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita |

| Beneficios del plan | | |
|---|---|---|
| | **Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** | **Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos** |
| **Servicios requeridos de urgencia** | $0 de copago (mundial) | $40 de copago ($0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita |

| Beneficios adicionales del plan | | |
|---|---|---|
| **Examen médico de rutina** | | $0 de copago, 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 |
| | Aparatos auditivos | $0 de copago para 2 aparatos auditivos cada 2 años<br>• Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta<br>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios<br>• 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<br>• Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura |
| **Beneficios dentales de rutina** | Servicios preventivos e integrales | $0 de copago por los servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas y dentaduras postizas<br>• Sin deducible anual<br>• Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes |
| **Servicios para la vista** | Examen de la vista de rutina | $0 de copago, 1 por cada año |
| | Artículos para la vista de rutina | $0 de copago por 1 par de lentes/marcos estándar y una asignación de $150 para la compra de lentes de contacto cada año |

| Beneficios adicionales del plan | |
|---|---|
| **Programa de acondicionamiento físico** | $0 de copago<br>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:<br>• Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales y de primera categoría<br>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios<br>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet<br>• 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 |
| **Cuidado de los pies - de rutina** | $0 de copago, 8 visitas por cada año |
| **Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar** | $133 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<br>• Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más<br>• Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua<br>• Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca<br>• Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet<br>• 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. |
| **Programa Rewards** | Gane hasta $180 en recompensas si usted comienza en enero[Ω] |

| Beneficios adicionales del plan | |
|---|---|
| **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) |

| Medicamentos con receta | |
|---|---|
| Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga: | |
| **Deducible** | Su deducible es $0 |
| **Cobertura Inicial** | En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de $2,100, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. |
| **Cobertura de medicamentos** | **Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red** |
| **Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)** | $0, $1.60, o $5.10 de copago<br>Los medicamentos del Nivel 1* siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| **Todos los demás medicamentos[1]** | $0, $4.90, o $12.65 de copago<br>Los medicamentos del Nivel 1* siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| **Cobertura de Gastos Médicos Mayores** | Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D por Medicare durante el resto del año del plan. |

[1] Usted no paga más del 25% del costo total de un medicamento o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0.
*El Nivel 1 incluye cobertura mejorada de medicamentos.

**Escanee este código para ver su Resumen de Beneficios**

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.

Y0066_MABH_2026_SP_M H5253059000 CSOH26HM0336279_002

# Resumen de Beneficios 2026

**UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP)**
H5253-059-000

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.

**UHC.com/CommunityPlan**

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

United Healthcare
Dual Complete

Y0066_SB_H5253_059_000_2026_SP_M

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

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

## UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP)

| **Prima, deducible y límites médicos** | |
|---|---|
| **Prima mensual del plan** | $28.30 |
| **Reducción de la Prima de la Parte B** | Hasta $0.60<br>Usted no verá la reducción, si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted. |
| **Deducible médico anual** | Su deducible médico es de $283, según se indican más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos. |
| **Máximo de gastos de su bolsillo** (no incluye medicamentos con receta) | $9,250<br><br>Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.<br><br>Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad. |
| **Costo compartido de Medicare** | Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted pagará $0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica el costo compartido en esta tabla. |

| Beneficios médicos | | |
|---|---|---|
| **Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados**[2]<br>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. | | $0 de copago por cada estadía, o<br>$2,230 de copago por cada estadía |
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**<br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC)[2] | $0 de copago por una colonoscopia<br>$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera |
| | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía[2] | $0 de copago por una colonoscopia<br>$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera |
| | Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| **Visitas al médico** | Proveedor de cuidado primario | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Especialistas[1,2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Visitas virtuales médicas | $0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |
| **Servicios preventivos** | Examen médico de rutina | $0 de copago, 1 por año |

| Beneficios médicos | | |
|---|---|---|
| Cubiertos por Medicare | $0 de copago | |
| | • Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal<br>• Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol<br>• Visita de bienestar anual<br>• Medición de masa ósea<br>• Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)<br>• Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)<br>• Exámenes cardiovasculares<br>• Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina<br>• Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)<br>• Evaluación de depresión<br>• Pruebas de detección y control de la diabetes<br>• Prueba de detección de hepatitis C<br>• Prueba de Detección del VIH | • Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)<br>• Servicios de terapia de nutrición clínica<br>• Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)<br>• Evaluación y asesoramiento sobre obesidad<br>• Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)<br>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas<br>• Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)<br>• Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19<br>• Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez) |
| Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.<br>Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red. | | |

| Beneficios médicos | | |
|---|---|---|
| **Cuidado de emergencia** | | $0 de copago o $115 de copago ($0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos. |
| **Servicios requeridos de urgencia** | | $0 de copago o $40 de copago ($0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita |
| **Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías** | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])[2] | $0 de copago por cada mamografía de diagnóstico<br>$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera |
| | Servicios de laboratorio[2] | $0 de copago |
| | Pruebas y procedimientos de diagnóstico[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Radiología terapéutica[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Radiografías para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |

| Beneficios médicos | | |
|---|---|---|
| **Servicios para la audición** | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Examen de audición de rutina | $0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva |
| | Aparatos auditivos[2] | $0 de copago por 2 aparatos auditivos cada 2 años<br>• Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta<br>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios<br>• 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<br>• Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura |
| **Beneficios dentales de rutina** | Servicios preventivos e integrales[2] | $0 de copago por los servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas y dentaduras postizas<br>• Sin deducible anual<br>• Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes |

| Beneficios médicos | | |
|---|---|---|
| **Servicios para la vista** | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos[2] | $0 de copago |
| | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas | $0 de copago |
| | Examen de la vista de rutina | $0 de copago, 1 por cada año |
| | Artículos para la vista de rutina | $0 de copago por 1 par de lentes/marcos estándar y una asignación de $150 para la compra de lentes de contacto cada año |
| **Salud mental** | Visita como paciente hospitalizado[2]<br>Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado | $0 de copago por cada estadía, o $2,080 de copago por cada estadía |
| | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Visitas virtuales de salud mental | $0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |

| Beneficios médicos | | |
|---|---|---|
| **Centro de enfermería especializada (SNF)**[2]<br>(La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)<br>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada. | | $0 de copago por cada día, días 1 a 100, o<br>$0 de copago por cada día, días 1 a 20<br>$217 de copago por cada día, días 21 a 100 |
| **Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios** | Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje[1,2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Visita de terapia ocupacional[1,2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| **Ambulancia**[2]<br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia. | | $0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre<br>$0 de copago o 20% de coseguro por transporte aéreo |
| **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 |
| **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**<br>El costo compartido indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos. | Medicamentos para quimioterapia[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Insulina cubierta de la Parte B[2] | $0 de copago o 20% de coseguro, hasta $35 |
| | Otros medicamentos de la Parte B[2]<br>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada. | $0 de copago o 20% de coseguro |

| Medicamentos con receta | |
|---|---|
| **Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos, usted paga:** | |
| **Deducible** | Su deducible es $0 |
| **Cobertura Inicial** | En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de $2,100, lo que incluye la cantidad que pagó para alcanzar su deducible, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. |
| **Cobertura de medicamentos** | **Suministro de 30 días^ o 100 días en una farmacia minorista de la red** |
| Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) | $0, $1.60, o $5.10 de copago<br>Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen $0 de copago.<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| Todos los demás medicamentos[3] | $0, $4.90, o $12.65 de copago<br>Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen $0 de copago.<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| **Cobertura de Gastos Médicos Mayores** | Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan. |

| Medicamentos con receta | |
|---|---|
| **Medicamentos cubiertos adicionales**<br>Estos medicamentos no los cubre la Parte D de Medicare y no están en la Lista de Medicamentos del plan. | Este plan cubre estos medicamentos adicionales como medicamentos del Nivel 1.<br>•Ácido fólico (1 mg) |

^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.

[3] Usted no paga más del 25% del costo total de un medicamento o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0.

| Beneficios adicionales | | |
|---|---|---|
| **Servicios quiroprácticos** | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |

| Beneficios adicionales | | |
|---|---|---|
| **Manejo de la diabetes** | Suministros para el Control de la Diabetes[2] | $0 de copago<br><br>Cubrimos solamente las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas.<br><br>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide.<br><br>Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. |
| | Capacitación para el automanejo de la diabetes | $0 de copago |
| | Plantillas o zapatos terapéuticos[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| **Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados** | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |

| Beneficios adicionales | | |
|---|---|---|
| **Programa de acondicionamiento físico** | | $0 de copago<br>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:<br>• Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales y de primera categoría<br>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios<br>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet<br>• Actividades para ejercitar la memoria por Internet |
| **Cuidado de los pies (servicios de podiatría)** | Exámenes y tratamiento de los pies[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Cuidado de rutina de los pies | $0 de copago, 8 visitas por año |
| **Beneficio de comidas[2]** | | $0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) |
| **Cuidado de asistencia médica a domicilio[2]** | | $0 de copago |
| **Cuidados para Enfermos Terminales** | | Usted no paga nada por los cuidados para enfermos terminales recibidos de cualquier centro 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. |
| **Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides[2]** | | $0 de copago |

| Beneficios adicionales | | |
|---|---|---|
| **Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias** | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios[2] | $0 de copago o 20% de coseguro |
| **Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar** | | $133 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<br>•Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más<br>•Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua<br>•Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca<br>•Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet<br>•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 |
| **Diálisis renal[2]** | | $0 de copago o 20% de coseguro |

[1] Se requiere una referencia de su médico.

[2] Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan.

| Deducible del Plan |
| --- |
| Su plan tiene un deducible para ciertos servicios. La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos.<br><br>Se aplica el deducible a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario. |
| **Deducible médico anual** |
| Su deducible es de $283 por cada año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación.Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.<br><br>**Funciona de la siguiente manera:**<br><br>1. Usted paga el deducible total de su plan; luego,<br>2. Usted paga su copago o coseguro; finalmente,<br>3. Su plan paga el resto.<br><br>Se aplica el deducible dentro de la red a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario: |
| **Dentro de la red**<br>Lista de servicios que corresponden |
| **Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios**<br>• Centro de cirugía ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico<br>• Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico<br>• Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios |
| **Visitas al médico**<br>• Médico Primario<br>• Especialistas |
| **Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías**<br>• Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico y examen vascular a domicilio<br>• Servicios de laboratorio<br>• Pruebas y procedimientos de diagnóstico<br>• Radiología terapéutica<br>• Radiografías para pacientes ambulatorios |
| **Servicios para la audición**<br>• Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio |

**Servicios para la vista**
- Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos
- Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas

**Salud mental**
- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

**Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje**

**Ambulancia**

**Medicamentos de la Parte B de Medicare**
- Medicamentos para quimioterapia
- Otros medicamentos de la Parte B

**Servicios quiroprácticos**
- Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación

**Manejo de la diabetes**
- Suministros para el control de la diabetes
- Plantillas o zapatos terapéuticos

**Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados**
- Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)
- Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)

**Cuidado de los pies (servicios de podiatría)**
- Exámenes y tratamiento de los pies

**Visita de terapia ocupacional**

**Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides**

**Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias**
- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

**Diálisis renal**

## Beneficios de Medicaid

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

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

**La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid.** Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener más información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Ohio Department of Medicaid - Medicaid Consumer Hotline, 1-800-324-8680, TTY 711.

| Beneficios | Medicaid | UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP) |
|---|---|---|
| **Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Visitas al Consultorio Médico** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado Preventivo Única limitación específica de Pruebas de Detección y Exámenes Preventivos: colonoscopias para personas de 50 años o mayores o personas en alto riesgo** | Con cobertura limitada | Con cobertura |
| **Cuidado de Emergencia** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios Requeridos de Urgencia** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio, Radiología y Radiografías Única limitación específica de mamografía: Una prueba de detección para mujeres entre los 35 y 40 años de edad, y luego una vez cada 12 meses en adelante** | Con cobertura limitada | Con cobertura |
| **Servicios para la Audición** | Con cobertura | Con cobertura |

| Beneficios | Medicaid | UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP) |
|---|---|---|
| **Servicios Dentales Frenos: Personas menores de 21 años de edad; Exámenes dentales y limpiezas: cada 180 días (6 meses) para personas menores de 21 años: cada 365 días (12 meses) para personas de 21 años o mayores** | Con cobertura limitada | Con cobertura |
| **Servicios para la Vista Un examen y anteojos cada 12 meses (personas menores de 21 años y mayores de 60 años). Un examen y anteojos cada 24 meses (personas entre los 21 y 59 años)** | Con cobertura limitada | Con cobertura |
| **Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Hospitalizados** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de la Salud Mental** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Centro de Enfermería Especializada (SNF)** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Ambulancia** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Transporte (de Rutina)** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Beneficios de Medicamentos con Receta Los beneficiarios que cumplen los requisitos de la Parte D solo pueden recibir la cobertura de Medicaid para los medicamentos que están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare** | Con cobertura limitada | Con cobertura |
| **Cuidado Quiropráctico 30 visitas cada 12 meses para niños menores de 21 años: 15 visitas cada 12 meses para adultos mayores de 21 años** | Con cobertura limitada | Con cobertura limitada |

| Beneficios | Medicaid | UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP) |
|---|---|---|
| **Suministros y Servicios para la Diabetes** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Equipo Médico Duradero** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de los Pies** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidados para Enfermos Terminales** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Diálisis Renal** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Prótesis** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Servicios Dentales Adicionales** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Cuidado de los Pies Adicional** | Sin cobertura | Con cobertura |
| **Planificación Familiar** | Con cobertura | Con cobertura limitada |
| **Servicios para la Vista Adicionales** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Home and Community! Based Services (HCBS)** | Con cobertura | Sin cobertura |
| **Artículos de Venta Sin Receta** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Examen Médico para una Oferta de Empleo** | Con cobertura | Sin cobertura |
| **Cuidado Antes y Después del Parto** | Con cobertura | Sin cobertura |
| **Healthchek** | Con cobertura | Sin cobertura |
| **Adicción a Drogas y Alcohol** | Con cobertura | Con cobertura |
| **Acupuntura** | Con cobertura | Con cobertura limitada |

## Acerca de este plan

UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare.

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

Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP); es para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores.

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

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

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

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

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Ohio:** Butler, Clark, Cuyahoga, Franklin, Greene, Hamilton, Madison, Mahoning, Montgomery, Stark, Summit, Trumbull, Warren.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Este plan de salud requiere que usted elija un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red. Su proveedor de cuidado primario se encarga de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina y será el responsable de coordinar todo su cuidado. Si necesita consultar a un especialista de la red o a otro proveedor de la red, es posible que tenga que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario. Antes de elegir a su proveedor de cuidado primario del plan, le conviene informarse de cuáles serían los especialistas y los hospitales que dicho proveedor le recomendaría o para los que le daría una referencia. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

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

## Información necesaria

UHC Dual Complete OH-D001 (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.

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

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en es.medicare.gov o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-944-3488 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-944-3488 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

**Aparatos auditivos**

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

**Beneficios dentales de rutina**

Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios dentales según Zelis Network360, mayo de 2025.

**Programa de acondicionamiento físico**

El beneficio de acondicionamiento físico y la 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.

**Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar**

Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), alimentos y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información. 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 que no están afiliados a UnitedHealthcare y la participación puede estar sujeta a la aceptación de los términos y normas correspondientes de los terceros. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados por terceros.

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

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

# 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**

Y0066_HELPRES_2026_C SP

UHEX26HM0327206_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?**
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, costos, 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 beneficios de Medicaid del estado

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 Dual Complete OH-D001 (HMO 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**

# ¿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
- Usted tiene acceso a una visita anual a domicilio del programa HouseCalls de Optum® y a la coordinación personalizada del cuidado de la salud de un coordinador del cuidado de la salud como parte de su plan de salud
- Revise los saldos de la UCard

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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

# 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, SUDs)
- ☐ 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 |
| Número de fax | Dirección de correo electrónico | |

Número 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 Dual Complete

# Solicitud de Inscripción 2026

☐ **UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP) H5253-059-000**

**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 _____

Y0066_EFMA_2026_C SP CSOH26HM0322549_000

☐ 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

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.**

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

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

## 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).
- ☐ **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.

**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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

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 grupo del empleador | |
| ID del grupo del empleador | ID de sucursal |

**Para ser llenado por el agente de ventas**

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Y0066_EFMA_2026_C SP CSOH26HM0322549_000

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ 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
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 Dual Complete OH-D001 (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.

N.º de OMB 0938-1378
Vence: 12/31/2026
Y0066_EFMA_2026_C SP CSOH26HM0322549_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. 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 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.
- ✔ 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.

# 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® Dual Complete

Y0066_ER_2026_C SP CSOH26HM0326892_001

# 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 - H5253

En el año 2026, UnitedHealthcare - H5253 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

| | | |
|---|---|---|
| Calificación General por Estrellas: | ★ ★ ★ ★ | 4 estrellas |
| Calificación de los Servicios de Salud: | ★ ★ ★ ★ | 4 estrellas |
| Calificación de los Servicios de Medicamentos: | ★ ★ ★ ★ | 4 estrellas |

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 domingo a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **866-944-3488** (número gratuito) o al **711** (TTY).

Y0066_H5253_K_PR2026_M UHOH26HM0367428_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

# Notas y apuntes

# Notas y apuntes

# Notas y apuntes

## Notas y apuntes

# Notas y apuntes

## Notas y apuntes

# Notas y apuntes

# Notas y apuntes

# Notas y apuntes

## Notas y apuntes

# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Dual Complete OH-D001 (HMO D-SNP)

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

Llame al **1-866-944-3488**, 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
1-855-523-9355
UHCHearing.com/Medicare

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

**Transporte de rutina**
SafeRide
1-888-462-6048
myUHC.com/CommunityPlan

**Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar**
Solutran
1-833-845-8798
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

CSOH26HM0316195_004