# Resumen de Beneficios 2023

**AARP Medicare Advantage Choice Premier (PPO)**
H8768-035-000

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y los servicios de salud que proporciona el plan.
Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.

Llamada gratuita **1-844-723-6473**, TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

**AARPMedicarePlans.com**

AARP | Medicare Advantage from UnitedHealthcare

Y0066_SB_H8768_035_000_2023_SP_M

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones. Puede consultarla por Internet en **MyAARPMedicare.com**, o puede llamar a Servicio al Cliente y recibir ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## Acerca de este plan

AARP Medicare Advantage Choice Premier (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO 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.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**New Jersey:** Atlantic, Bergen, Burlington, Camden, Cape May, Cumberland, Essex, Gloucester, Hudson, Hunterdon, Mercer, Middlesex, Monmouth, Morris, Ocean, Passaic, Salem, Somerset, Sussex, Union, Warren.

## Use proveedores y farmacias de la red

AARP Medicare Advantage Choice Premier (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede disfrutar de acceso a cuidado en todo el país, al mismo costo que dentro de la red si visita a cualquier proveedor que participe en la Red Nacional de Medicare de UnitedHealthcare® (se pueden aplicar exclusiones). Además, le ofrece la flexibilidad de visitar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las siguientes tablas aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **AARPMedicarePlans.com** 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.

# AARP Medicare Advantage Choice Premier (PPO)

## Primas y beneficios

| | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|
| **Prima Mensual del Plan** | $35 | |
| **Deducible Médico Anual** | Este plan no tiene un deducible. | |
| **Máximo de Gastos de su Bolsillo (no incluye medicamentos con receta)** | $7,550 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red. | $10,000 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de cualquier proveedor. |
| | Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.<br><br>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D. | |

# AARP Medicare Advantage Choice Premier (PPO)

## Beneficios

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados**[2] | | $340 de copago por día, días 1 a 4<br>$0 de copago por día, días 5 y en adelante | $390 de copago por día, por los días 1 a 5<br>$0 de copago por día, por los días 6 y en adelante |
| | | Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. | |
| **Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios**<br><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 de diagnóstico<br>De lo contrario, $240 de copago | 40% de coseguro |
| | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía[2] | $0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico<br>De lo contrario, $290 de copago | 40% de coseguro |
| | Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios[2] | $290 de copago | 40% de coseguro |
| **Visitas al Médico** | Proveedor de Cuidado Primario | $0 de copago | $0 de copago |
| | Especialistas[2] | $10 de copago | $35 de copago |
| | Visitas virtuales médicas | $0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo | |
| **Servicios Preventivos** | Cubierto por Medicare | $0 de copago | $0 de copago - 40% de coseguro (según el servicio) |
| | | Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal | |

## Beneficios

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| | | 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<br>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. | |
| | Examen médico de rutina | $0 de copago, 1 por año* | 40% de coseguro, 1 por año* |

## Beneficios

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Cuidado de Emergencia** | | $90 de copago ($0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita<br>Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos. | |
| **Servicios Requeridos de Urgencia** | | $40 de copago<br>($0 de copago por 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>$120 de copago, de otra manera | 40% de coseguro |
| | Servicios de laboratorio[2] | $0 de copago | $0 de copago |
| | Pruebas y procedimientos de diagnóstico[2] | $40 de copago | 40% de coseguro |
| | Radiología terapéutica[2] | $60 de copago por cada servicio | 40% de coseguro |
| | Radiografías para pacientes ambulatorios[2] | $30 de copago por cada servicio | $30 de copago por cada servicio |

## Beneficios

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Servicios para la Audición** | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio[2] | $0 de copago | 40% de coseguro |
| | Examen de audición de rutina | $0 de copago, 1 por año* | $35 de copago, 1 por año* |
| | Aparatos auditivos[2] | $175 - $1,225 de copago por cada aparato auditivo a través de UnitedHealthcare Hearing, hasta 2 aparatos auditivos cada año.*<br><br>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio con cuidado médico de seguimiento virtual (modelos selectos). | |
| **Beneficios Dentales de Rutina** | Preventivos | $0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro* | $0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro* |
| | Integrales[2] | $0 de copago por servicios dentales integrales* | $0 de copago por servicios dentales integrales* |
| | Límite de beneficios | $1,500 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos *<br>Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0 | |

## Beneficios

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Servicios para la Vista** | Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos[2] | $0 de copago | $35 de copago |
| | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas | $0 de copago | 40% de coseguro |
| | Examen de la vista de rutina | $0 de copago, 1 por año* | $35 de copago, 1 por año* |
| | Artículos para la vista de rutina | $0 de copago<br>El plan paga hasta $300 cada año para marcos o lentes de contacto a través de UnitedHealthcare Vision. Los lentes estándar monofocales, bifocales, trifocales o progresivos están totalmente cubiertos.*<br><br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). | |

## Beneficios

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Salud Mental** | Visita como Paciente Hospitalizado[2] | $340 de copago por día, días 1 a 4<br>$0 de copago por día, días 5 a 90 | $390 de copago por día, días 1 a 4<br>$0 de copago por día, días 5 a 90 |
| | | Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. | |
| | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2] | $15 de copago | $30 de copago |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios[2] | $25 de copago | $40 de copago |
| | Visitas virtuales de salud mental | $0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo | |
| **Centro de Enfermería Especializada (SNF)[2]** | | $0 de copago por día, días 1 a 20<br>$196 de copago por día, días 21 a 59<br>$0 de copago por día, días 60 a 100 | $225 de copago por día, días 1 a 45 |
| | | Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada. | |
| **Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios** | Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje[2] | $10 de copago | $35 de copago |
| | Visita de terapia ocupacional[2] | $10 de copago | $35 de copago |
| | Visita Virtual | $0 de copago | 40% de coseguro |

## Beneficios

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Ambulancia**[2]<br><br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia. | | $250 de copago por transporte terrestre<br>$250 de copago por transporte aéreo | $250 de copago por transporte terrestre<br>$250 de copago por transporte aéreo |
| **Transporte de Rutina** | | Sin cobertura | |
| **Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare**<br><br>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información. | Medicamentos para quimioterapia[2] | 20% de coseguro | 40% de coseguro |
| | Otros medicamentos de la Parte B[2] | $0 de copago por antígenos para alergias<br>20% de coseguro por todos los demás | $0 de copago por antígenos para alergias<br>40% de coseguro por todos los demás |

## Medicamentos con receta

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Etapa 1: Deducible Anual para Medicamentos con Receta (Parte D)** | $0 por año por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2; $300 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 de la Parte D. | | | |
| **Etapa 2: Cobertura inicial (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)** | **Medicamentos en una farmacia minorista** | | **Farmacia de pedidos por correo** | |
| | **Estándar** | | **Preferida** | **Estándar** |
| | **Suministro de 30 días** | **Suministro de 100 días** | **Suministro de 100 días** | **Suministro de 100 días** |
| Nivel 1: Genéricos Preferidos | $0 de copago | $0 de copago | $0 de copago | $0 de copago |
| Nivel 2: Genéricos[3] | $12 de copago | $36 de copago | $0 de copago | $36 de copago |
| Nivel 3: De Marca Preferidos | $45 de copago | $135 de copago | $125 de copago | $135 de copago |
| Medicamentos de Insulina Selectos[4] | $35 de copago | $105 de copago | $95 de copago | $105 de copago |
| Nivel 4: Medicamentos No Preferidos | $95 de copago | $285 de copago | $275 de copago | $285 de copago |
| Nivel 5: De Especialidad | 28% de coseguro | N/C [5] | N/C[5] | N/C[5] |
| **Etapa 3: Etapa Sin Cobertura** | Los medicamentos del Nivel 1 están cubiertos durante la Etapa Sin Cobertura. Durante la Etapa Sin Cobertura, por los medicamentos cubiertos de otros niveles, una vez que los costos totales de sus medicamentos alcancen los $4,660, usted paga un 25% de coseguro, por los medicamentos genéricos, y un 25% de coseguro por los medicamentos de marca. | | | |

| | |
|---|---|
| **Etapa 4: Cobertura de Gastos Médicos Mayores** | Una vez que los gastos anuales de su bolsillo para la compra de medicamentos (incluso los medicamentos comprados en una farmacia minorista y en una farmacia de pedidos por correo) alcancen $7,400, usted paga la cantidad que sea mayor de las siguientes:<br><br>• 5% de coseguro, o<br>• $4.15 de copago por genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos) y $10.35 de copago por todos los demás medicamentos. |

**Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas -** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

**Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina** - Usted no pagará más de $35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D.

[3] Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

[4] Para el año 2023, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina selecta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de $35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante todas las etapas de cobertura.

[5] Limitado a un suministro de 30 días

## Beneficios adicionales

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Cuidado Quiropráctico** | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)[2] | $10 de copago | $35 de copago |
| **Manejo de la Diabetes** | Suministros para el Control de la Diabetes[2] | $0 de copago<br><br>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.<br><br>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.<br><br>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.<br><br>Su plan no cubre otras marcas. | 50% de coseguro |
| | Capacitación para el automanejo de la diabetes | $0 de copago | 40% de coseguro |
| | Plantillas o zapatos terapéuticos[2] | 20% de coseguro | 50% de coseguro |

## Beneficios adicionales

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados** | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)[2] | 20% de coseguro | 50% de coseguro |
| | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)[2] | 20% de coseguro | 50% de coseguro |
| **Programa de acondicionamiento físico** | | $0 de copago por el programa Renew Active, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de nuestra red nacional, además de un plan de acondicionamiento físico personalizado, clases de acondicionamiento físico por Internet, desafíos para la agudeza mental y 1 dispositivo Fitbit®. | |
| **Cuidado de los Pies (servicios de podiatría)** | Exámenes y tratamiento de los pies[2] | $10 de copago | $35 de copago |
| | Cuidado de rutina de los pies | $10 de copago, 6 visitas por año* | $35 de copago, 6 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 | 50% de coseguro |
| **Cuidados Paliativos** | | Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original. | |
| **NurseLine** | | Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana. | |

## Beneficios adicionales

| | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|---|---|---|
| **Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos**[2] | | $0 de copago | $0 de copago |
| **Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias** | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios[2] | $15 de copago | $30 de copago |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios[2] | $25 de copago | $40 de copago |
| **Crédito para productos de venta sin receta (OTC)** | | $125 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta que tienen cobertura. Compre en sitios minoristas de la red u obtenga la entrega a domicilio cuando usted realiza pedidos por Internet, por teléfono o por correo a través del catálogo de Productos de Venta Sin Receta. | |
| **Diálisis Renal**[2] | | 20% de coseguro | 20% de coseguro |

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

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

## Información necesaria

Los planes son proporcionados por UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas. Una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en estos planes depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos con Receta. AARP y sus afiliadas no son aseguradoras. AARP no hace recomendaciones de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

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”. Puede consultarlo en Internet en es.medicare.gov o 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, cartas 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 1-866-314-8188 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-314-8188 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

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

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

OptumRx es una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 100 días de sus medicamentos de mantenimiento.

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

Elija un dispositivo de los modelos selectos aprobados cada 2 años. Los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se aplican limitaciones y exclusiones. Fitbit, el logotipo de Fitbit y marcas o logotipos relacionados son marcas comerciales de Google LLC o de sus compañías afiliadas.

La participación en el programa RenewActive® es voluntaria. 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. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. AARP® Staying Sharp es la marca registrada de AARP. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios ni la información proporcionada por terceros. La

información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. El programa Renew Active varía según el plan o el área. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

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