



Guía para Miembros 2024

UHC Dual Complete MN-Y002 (HMO D-SNP)



Número gratuito **1-844-368-5888**, TTY **711**, o su servicio de retransmisión preferido

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



es.myuhc.com/communityplan

United
Healthcare®
Community Plan

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Su Cobertura de Salud, de Apoyos y Servicios a Largo Plazo y de Medicamentos de Medicare y de la Asistencia Médica en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)

Introducción a la Guía para Miembros

Esta **Guía para Miembros**, conocida también como Evidencia de Cobertura, describe su cobertura de nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2024. Explica los servicios para el cuidado de la salud. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el Capítulo 12 de su **Guía para Miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro(s)” o “nuestra(s)” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).

ATENCIÓN: Si habla un idioma que no sea inglés, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame a Servicio al Cliente de nuestro plan al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

Para obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. Alguien que habla su idioma puede ayudarle. Este servicio es gratuito.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Guía para Miembros 2024

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si usted desea recibir más ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1	Información básica para el miembro	11
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes.....	21
Capítulo 3	Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos	37
Capítulo 4	Tabla de Beneficios	56
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.....	137
Capítulo 6	Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de la Asistencia Médica	158
Capítulo 7	Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos	165
Capítulo 8	Sus derechos y responsabilidades	171
Capítulo 9	Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	189
Capítulo 10	Cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	237
Capítulo 11	Avisos legales	246
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes	256



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Exenciones de Responsabilidad

- Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de 2025.
- El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.
- Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.
- La cobertura de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para obtener más información sobre el requisito de responsabilidad individual compartida.
- UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa Asistencia Médica (Medicaid) de Minnesota para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La inscripción en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.
- No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. La información que proporcionamos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Para obtener información sobre todas sus opciones, visite es.medicare.gov o llame al **1-800-MEDICARE**.
- Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.
- El tamaño de la red varía según el mercado local y se pueden aplicar exclusiones.
- El Programa Renew Active® varía según el plan o el área, y es posible que no esté disponible en todos los planes. La participación en el programa Renew Active es voluntaria. 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, consulte a su médico. El programa Renew Active incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

- UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de 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 proveedor.
- AARP® Staying Sharp® es la marca registrada de AARP. Staying Sharp, incluido todo el contenido y las características, se ofrece para su conocimiento y para educar a los usuarios sobre el cuidado de la agudeza mental y los problemas médicos que pueden afectar a sus vidas diarias. Staying Sharp se basa en un enfoque holístico de estilo de vida para la agudeza mental que anima a los usuarios a incorporar en su vida diaria actividades asociadas con el bienestar general. Nada del servicio se debe considerar ni usar como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico. Las características, que incluyen Cognitive Assessment and Lifestyle Check-Ins (Evaluación Cognitiva y Consultas de Estilo de Vida).
- Additional Tests (Pruebas Adicionales), los ejercicios y los desafíos, evalúan el desempeño en un momento particular en ciertas tareas cognitivas específicas. Los juegos de Staying Sharp están destinados únicamente a fines recreativos y de entretenimiento. Varios factores pueden afectar al desempeño, incluido el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales.
- El desempeño no es indicativo de la salud cognitiva ni predice el futuro desempeño ni las condiciones médicas.
- La aplicación móvil de AbleTo no se debe usar para necesidades de cuidado de urgencia. Si tiene una crisis o necesita cuidado de emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. La información de Self Care que contiene la aplicación móvil de AbleTo es para su conocimiento solamente; no tiene como fin diagnosticar problemas ni proporcionar tratamiento. Además, no se debe usar por sí sola como sustituto del cuidado de un proveedor. Self Care de AbleTo está disponible para miembros mayores de 13 años sin costo adicional, como parte de su plan de beneficios. Self Care no está disponible para todos los grupos en el District of Columbia, Maryland, New York, Pennsylvania, Virginia o West Virginia, y está sujeto a cambios. Consulte los documentos de su plan para conocer la cobertura de beneficios y las limitaciones específicas, o llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud. La participación en el programa es voluntaria y está sujeta a las Condiciones de Uso que se encuentran en la aplicación móvil. AbleTo es propiedad mayoritaria de OptumHealth Holdings, LLC, una compañía afiliada de UnitedHealthcare.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.



Aviso sobre Derechos Civiles

La discriminación está prohibida por la ley. UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Credo
- Religión
- Orientación sexual
- Situación con respecto a la asistencia pública
- Edad
- Discapacidad (incluidas las limitaciones físicas o mentales)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- Estado civil
- Ideas políticas
- Condición médica
- Estado de salud
- Recepción de servicios para el cuidado de la salud
- Experiencia de reclamos
- Historial médico
- Información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, por teléfono, por fax o por correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
Número gratuito: **1-844-368-5888**, TTY **711**
Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Ayuda y Servicios Auxiliares: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, sin cargo y oportunamente para asegurar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de cuidado de la salud.

Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-368-5888.

Servicios de Asistencia en Otros Idiomas: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona documentos traducidos e interpretación del idioma hablado, sin cargo y oportunamente, cuando los servicios de asistencia en otros idiomas son necesarios para asegurar que las personas que no hablan bien inglés tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-368-5888.**

Quejas sobre Derechos Civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota. También puede comunicarse directamente con cualquiera de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR), una agencia federal, si cree que le han discriminado por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Edad
- Discapacidad
- Sexo
- Religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **Oficina de Derechos Civiles** para presentar una queja:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Centro de Respuesta al Cliente: Número gratuito: 800-368-1019
Número gratuito de TDD: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (MDHR)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR) si le han discriminado por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión
- Credo
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado civil
- Situación con respecto a la asistencia pública
- Discapacidad

Comuníquese directamente con el **Departamento de Derechos Humanos de Minnesota** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104

Correo de voz: 651-539-1100
Número gratuito: 800-657-3704
Servicio de Retransmisión de MN: 711 u 800-627-3529
Fax: 651-296-9042
Correo electrónico: Info.MDHR@state.mn.us

Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) si cree que le han discriminado en nuestros programas de cuidado de la salud por cualquiera de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión (en algunos casos)
- Edad
- Discapacidad (incluidas las limitaciones físicas o mentales)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas se deben presentar por escrito y en un plazo no mayor de 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección, y describir la discriminación sobre la que se está quejando. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigarla. Si la tenemos, investigaremos la queja.

El Departamento de Servicios Humanos le notificará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el Departamento de Servicios Humanos revise el resultado de la investigación. Sea breve e indique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya la información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarle de ninguna manera por presentar una queja. El hecho de presentar una queja de esta manera no le impide emprender otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **Departamento de Servicios Humanos** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
Correo de voz: 651-431-3040 o use su servicio de retransmisión preferido

Informe de Salud para Indoamericanos

Los indoamericanos pueden seguir usando o comenzar a usar las clínicas tribales y de los Servicios de Salud Indígenas (Indian Health Services, IHS). No exigiremos una preaprobación ni impondremos ninguna condición para que usted reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (Elderly Waiver, EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de los Servicios de Salud Indígenas le refiere a un proveedor dentro de nuestra red, no le exigiremos que consulte a su proveedor de cuidado primario antes de la referencia.

1-844-368-5888, TTY 711

Attention. If you need free help interpreting this document, call the above number.

ያስተውሉ፡ ካለዎንም ክፍያ ይህንን ዶኩመንት የሚተረጎምሎ አስተርጓሚ ከፈለጉ ከላይ ወደተጻፈው የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ملاحظة: إذا أردت مساعدة مجانية لترجمة هذه الوثيقة، اتصل على الرقم أعلاه.

သတိ။ ဤစာရွက်စာတမ်းအား အခမဲ့ဘာသာပြန်ပေးခြင်း အကူအညီလိုအပ်ပါက၊ အထက်ပါဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။*

កំណត់សម្គាល់៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយក្នុងការបកប្រែឯកសារនេះ ដោយឥតគិតថ្លៃ សូមហៅទូរស័ព្ទតាមលេខខាងលើ។

請注意，如果您需要免費協助傳譯這份文件，請撥打上面的電話號碼。

Attention. Si vous avez besoin d'une aide gratuite pour interpréter le présent document, veuillez appeler au numéro ci-dessus.

Thov ua twb zoo nyeem. Yog hais tias koj xav tau kev pab txhais lus rau tsab ntaub ntawv no pub dawb, ces hu rau tus najnpawb xov tooj saum toj no.

ဟ်သျှ်ဟ်သး. နမ့ၢ်လိၣ်ဘၣ်တၢ်မၤစၢၤကလီၤနၤလၢ တၢ်ကကွဲးကျိးထံဝဲဒၣ် လံာ်တီလံာ်မိတခါအံၤအယိ ကိးလိတဲစိနီၣ်ဂံၢ် လၢထးအံၤန့ၣ်တက့ၢ်.

알려드립니다. 이 문서에 대한 이해를 돕기 위해 무료로 제공되는 도움을 받으시려면 위의 전화번호로 연락하십시오.

ໂປຣຕຣາບ. ຖ້າຫາກທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນການແປເອກະສານນີ້ ວິ, ຈົ່ງໂທໂປທີ່ໝາຍເລກຂ້າງເທິງນີ້.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), un plan de salud que cubre todos sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica, y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Bienvenido a nuestro plan	13
Sección B	Información sobre Medicare y la Asistencia Médica	13
	Sección B1 Medicare	13
	Sección B2 Asistencia Médica	13
Sección C	Ventajas de nuestro plan	14
Sección D	Área de servicio de nuestro plan	15
Sección E	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	15
Sección F	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	15
Sección G	Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	16
	Sección G1 Equipo de cuidado de la salud.....	16
	Sección G2 Plan de cuidado.....	16
Sección H	Sus costos mensuales de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)	16
Sección I	Su Guía para Miembros	17
Sección J	Otra información importante que le enviaremos.....	17
	Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro	17
	Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias	18
	Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos	19
	Sección J4 La Explicación de Beneficios	19

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección K	Cómo mantener actualizado su registro de membresía	19
Sección K1	Privacidad de la información de salud personal (PHI)	20

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan es un Plan Medicare Advantage para Personas con Necesidades Especiales. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales tiene una red integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS), así como otros proveedores. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud y equipos de cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Nuestro plan fue aprobado por el estado de Minnesota y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) para prestarle servicios como parte de Minnesota Senior Health Options (MSHO).

MSHO es un programa de demostración administrado conjuntamente por Minnesota y el gobierno federal para proporcionar un mejor cuidado de la salud a las personas que tienen tanto Medicare como la Asistencia Médica. En esta demostración, el estado y el gobierno federal desean probar nuevas maneras de mejorar la forma en que usted recibe sus servicios para el cuidado de la salud de Medicare y de la Asistencia Médica.

UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) es administrado por una compañía privada. Al igual que todos los planes Medicare Advantage, este Plan para Personas con Necesidades Especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el estado de Minnesota para coordinar sus beneficios de la Asistencia Médica. Nos complace proporcionarle su cobertura de cuidado de la salud de Medicare, que incluye su cobertura de medicamentos con receta.

Sección B Información sobre Medicare y la Asistencia Médica

Sección B1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas mayores de 65 años,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B2 Asistencia Médica

Asistencia Médica es el nombre del programa Minnesota Medicaid. La Asistencia Médica es administrada por el estado y la pagan el estado y el gobierno federal. La Asistencia Médica ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS). Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién cumple los requisitos,
- qué servicios están cubiertos, y
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de Minnesota aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de la Asistencia Médica a través de nuestro plan siempre y cuando:

- elijamos ofrecer el plan, y
- Medicare y el estado de Minnesota nos permitan seguir ofreciendo este plan.

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, los requisitos que usted debe cumplir para recibir los servicios de Medicare y de la Asistencia Médica no se verán afectados.

Sección C Ventajas de nuestro plan

Ahora usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por la Asistencia Médica a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de la Asistencia Médica funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede consultarnos por la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Cuenta con un equipo de cuidado de la salud que usted ayuda a formar. Su equipo de cuidado de la salud puede incluirles a usted, su cuidador, médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud.
- Usted tiene acceso a un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona colaborará con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a elaborar un plan de cuidado.
- Usted puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado de la salud y de su coordinador del cuidado de la salud.
- Su equipo de cuidado de la salud y el coordinador del cuidado de la salud colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer sus necesidades de salud. El equipo de cuidado de la salud ayuda a coordinar los servicios que usted necesite. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado de la salud se asegura de que:
 - Sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para poder verificar que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario que puedan causarle.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores, según corresponda.

Sección D Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye el condado de St. Louis en Minnesota.

Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Usted no puede seguir en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el **Capítulo 8** de su **Guía para Miembros**.

Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- actualmente cumpla los requisitos de la Asistencia Médica, **y**
- sea mayor de 65 años.

Si deja de cumplir los requisitos, pero se puede esperar que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de tres meses, siga cumpliendo los requisitos de nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscriba por primera vez en nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA) en un plazo no mayor de 90 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos realizarle una evaluación de riesgos para la salud, que es la base para desarrollar su plan de cuidado. La evaluación de riesgos para la salud incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para realizar esta evaluación. Podemos realizarla durante una visita en persona o una llamada telefónica, o por correo.

Le enviaremos más información sobre esta evaluación de riesgos para la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado

Sección G1 Equipo de cuidado de la salud

Un equipo de cuidado de la salud puede ayudarle a seguir recibiendo el cuidado que usted necesite. Un equipo de cuidado de la salud puede incluir a su médico, un coordinador del cuidado de la salud u otro profesional de salud que usted elija.

Un coordinador del cuidado de la salud es una persona capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que usted necesite. Cuando usted se inscribe en nuestro plan, se le asigna un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona también le refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan no puede proporcionarle y colaborará con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que se encuentran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador y equipo de cuidado de la salud.

Sección G2 Plan de cuidado

Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos, tales como sus servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo.

Su plan de cuidado incluye:

- Sus metas de cuidado de la salud, y
- Un plazo para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado de la salud se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud. Le pregunta por los servicios que usted necesita y también le explica los servicios que sería conveniente que considere recibir. Su plan de cuidado se elabora según sus necesidades y metas. Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para actualizar su plan de cuidado al menos cada año.

Sección H Sus costos mensuales de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)

Nuestro plan no tiene prima.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección I Su Guía para Miembros

Su **Guía para Miembros** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Para pedir una **Guía para Miembros**, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar la **Guía para Miembros** en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/communityplan**.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Sección J Otra información importante que le enviaremos

Otra información importante que le proporcionamos incluye su Tarjeta de ID de Miembro, información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias** o cómo obtener uno, e información sobre cómo acceder a una **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como **Formulario**.

Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro

En nuestro plan, usted tendrá una tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica, incluidos los apoyos y servicios a largo plazo, ciertos servicios para la salud del comportamiento y medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una Tarjeta de ID de Miembro de muestra:

<p>UnitedHealthcare UnitedHealthcare Dual Complete (HMO) with Dental John A Sample Member Number: 123456789-00 PMI Number: 123456789 RxBIN: 610097 RxPCN: 7777 RxGRP: MPDMNCSP Group Number: MNDSNP H7778-001-000</p>	<p>UCard™ MedicareRx Prescription Drug Coverage</p>	<p>For Members: uhccommunityplan.com Customer Service: 1-844-368-5888, TTY 711 For Providers: uhcprovider.com Provider Service: 1-877-440-9946 Dental Providers: uhcdental.com 1-877-816-3596 Payer ID: 87726 Medical Claim Address: P.O. Box 31362, Salt Lake City, UT 84131-0362 Pharmacy Claims: OptumRX P.O. Box 99999, City Name, ST 99999-9999 For Pharmacists: 1-888-888-8888 In an emergency, go to the nearest emergency room or call 911. Appeals & Grievances: 1-844-368-5888 MN DHS Ombudsperson: 1-800-657-3729</p>	<p>Printed Date: 99/99/20XX Plan Year: 20XX UNITED HEALTHCARE PASSPORT  Card #: 9999 9999 9999 99999 Security Code: 9999</p>
---	---	--	---

Si su Tarjeta de ID de Miembro se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de la Asistencia Médica para recibir servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su Tarjeta de ID de Miembro, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros** para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (una copia impresa o en formato electrónico), puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Las copias impresas del **Directorio de Proveedores y Farmacias** que usted solicite se le enviarán por correo en un plazo no mayor de tres días hábiles. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en nuestra dirección web que se encuentra al final de esta página.

Tanto Servicio al Cliente como el sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - Médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
 - Clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - Apoyos y servicios a largo plazo, servicios para la salud del comportamiento, agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de la Asistencia Médica.

Los proveedores de la red han convenido aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que han convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar sus medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tanto Servicio al Cliente como nuestro sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. Indica los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

La Lista de Medicamentos también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

Cada año, le enviamos información sobre cómo acceder a la Lista de Medicamentos, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.

Sección J4 La Explicación de Beneficios

Cuando usted use sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviaremos un resumen que le ayudará a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. Esta Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El Capítulo 6 de su **Guía para Miembros** ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo puede ayudarle a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede pedir una Explicación de Beneficios. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avísenos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que nuestros registros tengan datos correctos. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios recibe usted, y cuánto le cuestan**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Avísenos lo siguiente de inmediato:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito
- Admisiones en un asilo de convalecencia o un hospital
- Cuidado en un hospital o una sala de emergencias;
- Cambios de cuidador (u otro responsable de usted); **y**
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que esté participando o comience a participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Además, llame a su empleado del condado para informar estos cambios:

- Cambios de nombre o dirección
- Admisión en un asilo de convalecencia
- Nuevo integrante del núcleo familiar o pérdida de uno
- Pérdida o robo de la tarjeta de ID de los Programas de Cuidado de la Salud de Minnesota
- Nuevo seguro; indique la fecha de inicio y la de finalización.
- Nuevo trabajo o cambio en los ingresos

Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal. Para obtener más información detallada sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el Capítulo 8 de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud y otras personas para que le defiendan en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Servicio al Cliente	22
Sección B	Su Coordinador del Cuidado de la Salud	25
Sección C	Cómo comunicarse con Nurse Hotline	26
Sección D	La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento	27
Sección E	Programa Senior LinkAge Line®	28
Sección F	La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	29
Sección G	Medicare	30
Sección H	Asistencia Médica.....	31
Sección I	Ombudsperson para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado	32
Sección J	Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (OOLTC).....	33
Sección K	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta.....	34
	Sección K1 Programa Ayuda Adicional.....	34
	Sección K2 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)	34
Sección L	Seguro Social.....	35
Sección M	Junta de Retiro Ferroviario (RRB).....	36

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A Servicio al Cliente

Método	Servicio al Cliente – Información de contacto
Llame al	1-844-368-5888 La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 , o su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	es.myuhc.com/communityplan

Método	Decisiones de Cobertura relacionadas con los medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto
Llame al	1-844-368-5888 La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés. Número de Teléfono para Proceso Rápido de la Parte D 1-855-409-7041
TTY	711 , o su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Fax	Fax-Proceso estándar 1-866-308-6294 Fax-Proceso rápido 1-866-308-6296
Escriba a	UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department P.O. Box 6103, MS CA124-0197 Cypress, CA 90630-0023
Sitio web	es.myuhc.com/communityplan

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Método	Apelaciones Relacionadas con el Cuidado Médico – Información de contacto
Llame al	1-844-368-5888 La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 , o su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Fax	Fax-Proceso estándar 1-866-373-1081 Fax-Proceso rápido 1-888-517-7113
Escriba a	UnitedHealthcare Appeal and Grievance Department Attn: Complaint and Appeals Department P.O. Box 6103, MS CA124-0197 Cypress, CA 90630-0023
Sitio web	es.myuhc.com/communityplan

Comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus servicios cubiertos, o
 - lo que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** o comuníquese con Servicio al Cliente.
- Quejas sobre el cuidado de su salud

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan de salud. Usted también puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la **Sección F**).
- Puede llamarnos y explicar su queja al **1-844-368-5888**.
- Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
- Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir ayuda. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus medicamentos cubiertos, o
 - lo que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare, sus medicamentos con receta de la Asistencia Médica y sus medicamentos sin receta de la Asistencia Médica.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para pedir ayuda. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.
- Pago de cuidado de la salud o de medicamentos que usted ya pagó
 - No permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) le facturen servicios. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. La excepción es si usted paga medicamentos con receta de la Parte D de Medicare. Si pagó un servicio que cree que deberíamos haber cubierto, comuníquese con Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de esta página.
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros**.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

Sección B Su Coordinador del Cuidado de la Salud

Método	Coordinador del Cuidado de la Salud — Información de contacto
Llame al	1-844-368-5888 La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 , o su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
Escriba a	P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	es.myuhc.com/communityplan

Comuníquese con su coordinador del cuidado de la salud para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre el cuidado de su salud
- Preguntas sobre cómo recibir servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- Preguntas sobre transporte
- Preguntas sobre cómo recibir servicios para la salud del comportamiento, transporte y apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Debe realizar una Consulta de Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care Consultation, LTCC) y se debe determinar que cumple los requisitos para recibir apoyo o servicios adicionales. Puede pedir que le realicen esta evaluación en su casa, su departamento, el centro donde vive u otro sitio acordado.
- Su coordinador del cuidado de la salud se reunirá con usted y su familia para hablar de sus necesidades de cuidado si usted llama para pedir una visita.
- Su coordinador del cuidado de la salud le dará información sobre los servicios comunitarios, le ayudará a buscar servicios para permanecer en su domicilio o en la comunidad, y le ayudará a buscar servicios para salir de un asilo de convalecencia o de otro centro.
- A veces, usted puede recibir ayuda con sus necesidades diarias de la vida y del cuidado de la salud. Podría recibir estos servicios si los necesita:
 - Cuidado de enfermería especializada
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Terapia del habla
 - Servicios sociales médicos
 - Cuidado de asistencia médica a domicilio

Sección C Cómo comunicarse con Nurse Hotline

Hable con una enfermera titulada (registered nurse, RN) sobre sus inquietudes y preguntas médicas. Nurse Hotline no se debe usar en emergencias; es para su conocimiento solamente.

Método	Nurse Hotline – Información de contacto
Llame al	1-877-440-9407 La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 , o su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana

Comuníquese con Nurse Hotline para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre su salud o las opciones de tratamiento de cuidado de la salud

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección D La Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

Método	Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento – Información de contacto
Llame al	1-844-368-5888 La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 , o su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Comuníquese con la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre su salud o las opciones de tratamiento de cuidado de la salud
- Preguntas sobre servicios para trastornos por consumo de sustancias

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección E Programa Senior LinkAge Line®

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. En Minnesota, este programa se llama Senior LinkAge Line®.

El programa Senior LinkAge Line® no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Programa Senior LinkAge Line® — Información de contacto
Llame al	1-800-333-2433 La llamada es gratuita.
TTY	Llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al 711 o use su servicio de retransmisión preferido. La llamada es gratuita.
Escriba a	Minnesota Board on Aging PO Box 64976 St. Paul, MN 55164-0976
Sitio web	seniorlinkageline.com

Comuníquese con el programa Senior LinkAge Line® para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre Medicare
 - Los asesores del programa Senior LinkAge Line® pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
 - Comprender sus derechos,
 - Comprender sus opciones de planes,
 - Presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud, **y**
 - Resolver problemas con sus facturas.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección F La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Livanta. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. Livanta no tiene relación con nuestro plan.

Método	Livanta – Información de contacto
Llame al	1-888-524-9900 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Los fines de semana y días festivos, de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. Correo de voz disponible las 24 horas del día
TTY	1-888-985-8775 Este número es para las personas que tienen problemas auditivos o del habla. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
Sitio web	livantaqio.com/es

Comuníquese con Livanta para recibir ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- cómo presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado,
 - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; o
 - piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se denomina Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Método	Medicare — Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección H Asistencia Médica

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal. La Asistencia Médica ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Método	Asistencia Médica — Información de contacto
Llame al	Departamento de Servicios Humanos de Minnesota 1-651-431-2670 (Área metropolitana de Twin Cities) O 1-800-657-3739 (Fuera del área metropolitana de Twin Cities) La llamada es gratuita.
TTY	1-800-627-3529 (Usted necesita un equipo de teléfono especial para llamar a este número.) O 711 o use su servicio de retransmisión preferido (No necesita un equipo de teléfono especial para llamar a este número.) Estas llamadas son gratuitas.
Escriba a	Department of Human Services of Minnesota 444 Lafayette Road North St. Paul, MN 55155
Correo electrónico	DHS.info@state.mn.us
Sitio web	mn.gov/dhs/people-we-serve/adults/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección I Ombudsperson para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado

El Ombudsperson para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado actúa como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. El Ombudsperson para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Método	Ombudsperson para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado – Información de contacto
Llame al	<p>1-651-431-2660 (Área metropolitana de Twin Cities)</p> <p>○</p> <p>1-800-657-3729 (Fuera del área metropolitana de Twin Cities)</p> <p>La llamada es gratuita.</p>
TTY	<p>1-800-627-3529 (Usted necesita un equipo de teléfono especial para llamar a este número.)</p> <p>○</p> <p>711 o use su servicio de retransmisión preferido (No necesita un equipo de teléfono especial para llamar a este número.)</p> <p>Estas llamadas son gratuitas.</p>
Escriba a	<p>MN Department of Human Services Ombudsperson for Public Managed Health Care Programs PO Box 64249 St. Paul, MN 55164-0249</p>
Correo electrónico	<p>dhsombudsman.smhcp@state.mn.us</p>
Sitio web	<p>mn.gov/dhs/managedcareombudsman</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección J Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (OOLTC)

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (Office of Ombudsman for Long Term Care, OOLTC) ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo – Información de contacto
Llame al	<p>1-651-431-2555 (Área metropolitana de Twin Cities)</p> <p>○</p> <p>1-800-657-3591 (Fuera del área metropolitana de Twin Cities) La llamada es gratuita.</p>
TTY	<p>1-800-627-3529 (Usted necesita un equipo de teléfono especial para llamar a este número.)</p> <p>○</p> <p>711 o use su servicio de retransmisión preferido (No necesita un equipo de teléfono especial para llamar a este número.)</p> <p>Estas llamadas son gratuitas.</p>
Escriba a	<p>Minnesota Office of Ombudsman for Long Term Care PO Box 64971 St. Paul, MN 55164-0971</p>
Correo electrónico	<p>mba.ooltc@state.mn.us</p>
Sitio web	<p>mn.gov/board-on-aging</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección K Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta

El sitio web es.Medicare.gov, <https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>, proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, según se describe a continuación.

Sección K1 Programa Ayuda Adicional

Dado que cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. No necesita hacer nada para recibir este programa “Ayuda Adicional”.

Método	Programa Ayuda Adicional – Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.Medicare.gov

Sección K2 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos de dicho programa y que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta. Para obtener información, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **651-431-2414** o al **800-657-3761** (TTY **711**).

Nota: Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de ser personas no aseguradas o subaseguradas. Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **651-431-2414** o al **800-657-3761** (TTY **711**).

Sección L Seguro Social

El Seguro Social determina el cumplimiento de los requisitos y administra las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que son mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) y reúnen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social – Información de contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	ssa.gov/espanol/

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección M Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario (RRB) – Información de contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 a.m. a 12 p.m., los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	rrb.gov

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le explica sobre su coordinador del cuidado de la salud, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer si le facturan directamente servicios que cubrimos y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Información sobre servicios y proveedores	39
Sección B	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	39
Sección C	Su coordinador del cuidado de la salud.....	41
	Sección C1 Qué es un coordinador del cuidado de la salud.....	41
	Sección C2 Cómo puede comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud.....	42
	Sección C3 Cómo puede cambiar de coordinador del cuidado de la salud....	42
Sección D	Cuidado de proveedores	42
	Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP).....	42
	Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red	44
	Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan.....	45
	Sección D4 Proveedores fuera de la red	46
Sección E	Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)	46
Sección F	Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	46
Sección G	Cómo recibir cuidado autodirigido	47
	Sección G1 Qué es el cuidado autodirigido	47



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección G2	Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención).....	47
Sección G3	Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde).....	47
Sección H	Servicios de transporte.....	47
Sección I	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe.....	48
Sección I1	Cuidado en una emergencia médica.....	48
Sección I2	Cuidado requerido de urgencia.....	49
Sección I3	Cómo recibir cuidado durante una catástrofe.....	50
Sección J	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre.....	50
Sección J1	Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios.....	50
Sección K	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	51
Sección K1	Definición de un estudio de investigación clínica.....	51
Sección K2	Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	52
Sección K3	Más información sobre estudios de investigación clínica.....	52
Sección L	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud.....	52
Sección L1	Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud.....	52
Sección L2	Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.....	53
Sección M	Equipo médico duradero (DME).....	53
Sección M1	Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan.....	53
Sección M2	Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original.....	54
Sección M3	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan....	55
Sección M4	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA).....	55



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711,** o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A Información sobre servicios y proveedores

Servicios son cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), suministros, servicios para la salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. Servicios cubiertos son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. Los servicios para el cuidado de la salud, los servicios para la salud del comportamiento y los apoyos y servicios a largo plazo cubiertos se indican en el Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**. Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores han convenido aceptar nuestro pago como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

Sección B Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y la Asistencia Médica. Esto incluye los servicios para la salud del comportamiento y los apoyos y servicios a largo plazo.

Nuestro plan generalmente paga los servicios para el cuidado de la salud, servicios para la salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo que usted recibe cuando cumple nuestras reglas. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Cuando decimos médicamente necesario, nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su condición, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.
 - El cuidado médicamente necesario es apropiado para su condición. Esto incluye el cuidado relacionado con las condiciones físicas y la salud mental. Incluye el tipo y el nivel de los servicios. Incluye el número de tratamientos. También incluye dónde recibe los servicios y durante cuánto tiempo. Los servicios médicamente necesarios deben:
 - ser los servicios que otros proveedores generalmente indicarían
 - ayudarle a mejorar o a mantenerse tan bien como está



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- ayudar a evitar que su condición empeore
- ayudar a prevenir y detectar problemas de salud
- Para recibir servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** de la red que le indique el cuidado o le diga que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.
 - En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario de la red debe darle su aprobación para que usted pueda usar un proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios. Para obtener más información sobre las referencias, consulte la Sección D1.
 - No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para visitar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información, consulte la Sección D1 de este capítulo).
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Habitualmente, no cubriremos el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la Sección H de este capítulo).
 - Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. En esta situación, cubrimos el cuidado sin costo para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir usando los proveedores que usa actualmente durante 120 días como máximo por los siguientes motivos:
 - Una condición aguda.
 - Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
 - Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto se aplica a una discapacidad que haya durado o se prevea que durará al menos un año, o que es probable que provoque la muerte.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Una condición incapacitante o crónica que se encuentre en una fase aguda.
- Usted está recibiendo servicios para el cuidado de la salud culturalmente adecuados (sin incluir servicios de transporte) y el plan no tiene un proveedor de la red con la pericia especial en la prestación de esos servicios para el cuidado de la salud culturalmente adecuados.
- Usted no habla inglés y el plan no tiene un proveedor de la red que pueda comunicarse con usted, ya sea directamente o a través de un intérprete.

Si su proveedor de cuidado de la salud calificado certifica que usted tiene una esperanza de vida de 180 días o menos, podría seguir usando, durante el resto de su vida, los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.

Se hace una excepción con la planificación familiar, que es un servicio de acceso abierto que cubrimos a través de la Asistencia Médica. Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier proveedor, aunque no esté dentro de nuestra red, para recibir ciertos servicios para la planificación familiar.

Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Para obtener más información, consulte la sección “Servicios para la Planificación Familiar” de la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección C Su coordinador del cuidado de la salud

Usamos Coordinadores del Cuidado de la Salud para asegurarnos de que usted reciba el mejor cuidado y los mejores resultados posibles. Nuestros coordinadores del cuidado de la salud trabajan con su médico de cuidado primario y sus proveedores de servicios comunitarios, médicos y de salud del comportamiento para satisfacer sus necesidades. La coordinación del cuidado de la salud incluye desarrollar su plan de cuidado, apoyarle en sus metas del plan de cuidado y consultarle a usted, a su equipo de cuidado de la salud y a otros proveedores del plan sobre su cuidado y sobre cómo está funcionando.

Sección C1 Qué es un coordinador del cuidado de la salud

Un coordinador del cuidado de la salud es una persona que le ayuda a desarrollar un plan de cuidado y coordina los apoyos y servicios que se indican en su plan de cuidado. Durante el desarrollo de su plan de cuidado, su coordinador del cuidado de la salud llegará a conocerle y a conocer sus problemas de salud y seguridad. Puede ayudarle con sus medicamentos, responder preguntas sobre el plan de salud, apoyar sus decisiones sobre el cuidado de la salud, ayudarle a buscar proveedores y coordinar la entrega de comida a domicilio y otros servicios para usted.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección C2 **Cómo puede comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud**

Si desea hablar con su Coordinador del Cuidado de la Salud, comuníquese con él directamente a través de la información de contacto que le proporcionó o puede llamar a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY: **711** (o a su servicio de retransmisión preferido), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Sección C3 **Cómo puede cambiar de coordinador del cuidado de la salud**

Puede solicitar el cambio de su Coordinador del Cuidado de la Salud si no es adecuado para usted. Si necesita más información o ayuda para elegir un nuevo Coordinador del Cuidado de la Salud, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711** (o a su servicio de retransmisión preferido), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Sección D **Cuidado de proveedores**

Sección D1 **Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)**

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) para que proporcione y administre su cuidado. Los proveedores de cuidado primario de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige a su proveedor de cuidado primario, también elige el grupo médico afiliado.

Definición de proveedor de cuidado primario y lo que hace este proveedor por usted

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico de la red que usted elige para prestar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe. Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Medicina General.

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud y, además, es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Es importante que entable y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

Su elección de proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores y Farmacias** en el momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores y Farmacias** más reciente o recibir ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite **es.myuhc.com/communityplan** para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Si no elige un proveedor de cuidado primario en el momento de inscribirse, podemos elegir uno por usted. Puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento. Consulte “Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario” a continuación.

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Si su proveedor de cuidado primario deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar uno nuevo dentro de nuestra red.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente. Si el proveedor de cuidado primario está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare que incluirá este cambio.

Servicios que puede recibir sin obtener la aprobación de su proveedor de cuidado primario

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama referencia. Usted puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su proveedor de cuidado primario:

- Servicios para emergencias de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Cuidado requerido de urgencia de proveedores de la red.
- Cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando usted no pueda visitar a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o durante el fin de semana).

NOTA: El cuidado requerido de urgencia debe ser de necesidad inmediata y médicamente necesario.

- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté lejos.
- Vacunas antigripales y vacunas contra la COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina para el cuidado de la salud de la mujer y para la planificación familiar, que incluyen exámenes de seno, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos
- Además, si usted cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede usar estos proveedores sin una referencia.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas, tales como:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades frecuentes de cuidado de la salud, es posible que en algún momento considere que usted necesita consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de salud del comportamiento o de servicios de salud mental de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para su condición médica, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario.

Si no podemos encontrarle un proveedor calificado de la red del plan, debemos darle una autorización permanente de servicio para un especialista calificado en el caso de cualquiera de las siguientes condiciones:

- Una condición crónica (continua);
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal;
- Una discapacidad o enfermedad degenerativa;
- Cualquier otra condición o enfermedad que sea lo suficientemente grave o compleja como para requerir el tratamiento de un especialista.

Si usted no obtiene una autorización de servicio de nuestra parte cuando sea necesario, es posible que no se pague la factura. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted use deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen si son médicamente necesarios, y colaboramos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado o ambas. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.)

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección D4 Proveedores fuera de la red

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o en la Asistencia Médica.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en la Asistencia Médica.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.

Sección E Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS) son servicios que ayudan a las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como vestirse, preparar comidas, bañarse y realizar las tareas domésticas. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio o satisfacen sus necesidades dentro de un asilo de convalecencia.

Su coordinador del cuidado de la salud debe coordinar estos servicios. Su coordinador del cuidado de la salud evaluará sus necesidades, determinará si usted cumple los requisitos y le ayudará a llenar los formularios requeridos. Si desea hablar con su Coordinador del Cuidado de la Salud, comuníquese con él directamente a través de la información de contacto que le proporcionó o puede llamar a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711** (o a su servicio de retransmisión preferido), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Sección F Servicios para la salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

Su Coordinador del Cuidado de la Salud puede ayudarle a conectarse con los servicios para la salud del comportamiento en su área. Usted también puede usar nuestra herramienta en Internet para localizar proveedores de la red en su área o puede llamar a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711** (o a su servicio de retransmisión preferido).

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G Cómo recibir cuidado autodirigido

Sección G1 Qué es el cuidado autodirigido

El Apoyo Comunitario Dirigido por el Consumidor (Consumer Directed Community Support, CDCS) es una opción de servicios que está disponible para los miembros que están inscritos en el Programa de Exención para Personas Mayores o que califican para estarlo. El Apoyo Comunitario Dirigido por el Consumidor ofrece a un miembro flexibilidad al planificar los servicios y la responsabilidad de autodirigir sus servicios, incluida la contratación y el manejo de los trabajadores de apoyo. El Apoyo Comunitario Dirigido por el Consumidor podría incluir bienes y servicios tradicionales, así como servicios autodiseñados.

Sección G2 Quién puede recibir cuidado autodirigido (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención)

Esta opción de servicios está disponible para los miembros que están inscritos en el Programa de Exención para Personas Mayores o que califican para estarlo.

Sección G3 Cómo recibir ayuda para emplear proveedores de cuidado personal (si corresponde)

Si usted está interesado en el Apoyo Comunitario Dirigido por el Consumidor, comuníquese con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección H Servicios de transporte

Si necesita transporte hacia y desde los servicios de salud que cubrimos, llame al **1-888-444-1519**. Le proporcionaremos el medio de transporte más adecuado y eficiente en costo. No estamos obligados a proporcionarle transporte a su Clínica de Cuidado Primario si esta está a más de 30 millas de su domicilio o si usted elige un proveedor especialista que esté a más de 60 millas de su domicilio. Llame al **1-888-444-1519** si no tiene una Clínica de Cuidado Primario disponible en un radio de 30 millas de su domicilio o si está a más de 60 millas de su proveedor especialista.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección I Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe

Sección I1 Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una condición médica con síntomas como dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- un riesgo grave para su salud; o
- un daño grave en las funciones corporales; o
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al **911** o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario usar un proveedor de la red. Puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, o en todo el mundo de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **En cuanto sea posible, avise a nuestro plan de su emergencia. Realizamos un seguimiento de su cuidado de emergencia.** Usted u otra persona deben llamar para avisarnos que recibió cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo no mayor de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios para emergencias si se demora en avisarnos. Llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Este número de teléfono se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su condición se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando haya sido razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su cuidado.

Una vez que el médico diga que no era una emergencia, cubriremos su cuidado adicional solamente si:

- usted usa un proveedor de la red, **o**
- el cuidado adicional que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibir este cuidado. Consulte la próxima sección.

Sección I2 Cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de una condición existente o un fuerte dolor de garganta que se produce durante el fin de semana, y necesitar tratamiento.

Cuidado requerido de urgencia dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubriremos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- usted recibe este cuidado de un proveedor de la red, **y**
- sigue las demás reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, cubriremos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los Centros de Cuidado de Urgencia de la red, o llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711** (o a su servicio de retransmisión preferido), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre, para obtener más información.

Cuidado requerido de urgencia cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan no cubre el cuidado requerido de urgencia ni ningún otro cuidado que no sea de emergencia que usted reciba fuera de los Estados Unidos.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección I3 **Cómo recibir cuidado durante una catástrofe**

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe declarada, visite nuestro sitio web: **es.myuhc.com/communityplan**.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

Sección J **Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre**

No permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) le facturen estos servicios. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted debe pedirnos que la paguemos.

No debe pagar la factura. Si lo hace, no podemos hacerle un reembolso.

Si usted pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros** para saber qué puede hacer.

Sección J1 **Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios**

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que se encuentren en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**), **y**
- que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

Si usted recibe servicios que no cubre nuestro plan, **usted paga el costo total**.

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** explica qué puede hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le explica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información sobre sus derechos de apelación.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, paga el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Consulte el Capítulo 4 para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

Sección K Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

Sección K1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare aprueba un estudio en el que usted desea participar y que usted expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le proporciona información sobre el estudio y ve si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Durante su participación en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue cubriéndole los servicios y el cuidado que no estén relacionados con el estudio.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario.

No es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura (national coverage determinations, NCD) y los ensayos de dispositivos de investigación (investigational device trials, IDE), y pueden estar sujetos a una preautorización y a otras reglas del plan.

Le recomendamos avisarnos antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros por Medicare Original, les recomendamos a usted o a su coordinador del cuidado de la salud que se comuniquen con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección K2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- Habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado.

Si participa en un estudio que Medicare **no aprobó**, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

Sección K3 Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar 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**.

Sección L Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección L1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección L2 Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es todo cuidado que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es todo cuidado que **no es voluntario y que se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan para los servicios que usted recibe se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro:
 - Usted debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía no tendrá cobertura.

Usted está cubierto por un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados en la Tabla de Beneficios del Capítulo 4.

Sección M Equipo médico duradero (DME)

Sección M1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye ciertos artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

En esta sección, se explica el equipo médico duradero que usted alquila. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, usted generalmente no adquirirá la propiedad del equipo médico duradero, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

En ciertas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad de un artículo de equipo médico duradero. Para saber los requisitos que debe cumplir y los documentos que debe presentar, llame a Servicio al Cliente.

Aunque haya tenido el equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, no adquirirá la propiedad del equipo.

Sección M2 Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de Planes Medicare Advantage en el Capítulo 12. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare y Usted 2024**. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/medicare-and-you](https://www.medicare.gov/medicare-and-you)) o pedirla por teléfono 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**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero si:

- no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección M3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubriremos lo siguiente:

- Alquiler del equipo de oxígeno.
- Entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno.
- Mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno.

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

Sección M4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su distribuidor debe proporcionar:

- Equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses.
- Equipo de oxígeno y suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios.

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- Su distribuidor luego debe proporcionar el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su nuevo plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones a esos servicios o los límites en estos. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Sus servicios cubiertos.....	57
	Sección A1 Durante las emergencias de salud pública.....	57
Sección B	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios.....	57
Sección C	Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	57
Sección D	La Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	60
Sección E	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	133
	Sección E1 Cuidados paliativos	133
	Sección E2 Otros Servicios	134
Sección F	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni la Asistencia Médica... 	135

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A Sus servicios cubiertos

Este capítulo describe los servicios que cubre nuestro plan. También puede saber qué servicios no están cubiertos. En el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos.

Dado que usted recibe ayuda de la Asistencia Médica, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Para obtener información detallada sobre las reglas del plan, consulte el Capítulo 3 de su **Guía para Miembros**.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**.

Sección A1 Durante las emergencias de salud pública

UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) seguirá los requisitos federales o estatales y las flexibilidades permitidas durante una emergencia de salud pública declarada, según corresponda. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

Sección C Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios describe los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted no paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos de cobertura que se describen a continuación.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y la Asistencia Médica según las reglas establecidas por Medicare y la Asistencia Médica.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Los servicios (que incluyen el cuidado, los servicios, los suministros y los equipos médicos, así como los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados.
- El cuidado médicamente necesario es apropiado para su condición. Esto incluye el cuidado relacionado con las condiciones físicas y la salud mental. Incluye el tipo y el nivel de los servicios. Incluye el número de tratamientos. También incluye dónde recibe los servicios y durante cuánto tiempo. Los servicios médicamente necesarios deben:
 - ser los servicios, suministros y medicamentos con receta que otros proveedores generalmente indicarían.
 - ayudarle a mejorar o a mantenerse tan bien como está.
 - ayudar a evitar que su condición empeore.
 - ayudar a prevenir y detectar problemas de salud.
- Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (prior authorization, PA). En la Tabla de Beneficios, marcamos los servicios cubiertos que necesitan una preautorización.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que sea cuidado de emergencia o requerido de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. En el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros**, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.

Cuando se inscribe por primera vez en el plan, puede seguir usando los proveedores que usa actualmente durante 120 días como máximo por los siguientes motivos:

- Una condición aguda.
- Una enfermedad física o mental potencialmente mortal.
- Una discapacidad física o mental definida como una incapacidad para realizar una o más actividades importantes de la vida. Esto se aplica a una discapacidad que haya durado o se prevea que durará al menos un año, o que es probable que provoque la muerte.
- Una condición incapacitante o crónica que se encuentre en una fase aguda.
- Usted está recibiendo servicios para el cuidado de la salud culturalmente adecuados (sin incluir servicios de transporte) y el plan no tiene un proveedor de la red con la pericia especial en la prestación de esos servicios para el cuidado de la salud culturalmente adecuados.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Usted no habla inglés y el plan no tiene un proveedor de la red que pueda comunicarse con usted, ya sea directamente o a través de un intérprete.
- Si su proveedor de cuidado de la salud calificado certifica que usted tiene una esperanza de vida de 180 días o menos, podría seguir usando, durante el resto de su vida, los servicios de un proveedor que ya no forma parte de nuestra red.
- Se hace una excepción con la planificación familiar, que es un servicio de acceso abierto que cubrimos a través de la Asistencia Médica. Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier proveedor, aunque no esté dentro de nuestra red, para recibir ciertos servicios para la planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Programa de Beneficiarios Restringidos

- El Programa de Beneficiarios Restringidos está destinado a los miembros que han usado indebidamente los servicios de salud. Esto incluye recibir servicios de salud que los miembros no necesitaban, usarlos de una manera que cuesten más de lo que deberían o usarlos de una manera que pueda ser peligrosa para la salud de los miembros. UnitedHealthcare notificará a los miembros si son asignados al Programa de Beneficiarios Restringidos.
- Si usted está en el Programa de Beneficiarios Restringidos, debe recibir servicios de salud de un proveedor de cuidado primario, una clínica, un hospital usado por el proveedor de cuidado primario y una farmacia que le designen. UnitedHealthcare puede designar a otros proveedores de cuidado de la salud. También es posible que se le asigne una agencia de asistencia médica a domicilio. No se le permitirá usar la opción de asistencia para el cuidado personal, las opciones de uso flexible ni los servicios dirigidos por el consumidor.
- Usted estará restringido a estos proveedores de cuidado de la salud designados durante al menos 24 meses desde que comience a cumplir los requisitos para los Programas de Cuidado de la Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Programs, MHCP). Todas las referencias a especialistas deben provenir de su proveedor de cuidado primario y ser recibidas por el Programa de Beneficiarios Restringidos de UnitedHealthcare. Los beneficiarios restringidos no pueden pagar de su bolsillo para usar un proveedor no designado que sea del mismo tipo que uno de sus proveedores designados.
- Usted seguirá asignado al programa si cambia de plan de salud y también si cambia al Programa de Cuidado de la Salud de Minnesota de tarifa por servicio. No dejará de cumplir los requisitos para este programa porque haya sido asignado al Programa de Beneficiarios Restringidos.
- Al final de los 24 meses, se revisará su uso de los servicios para el cuidado de la salud. Si usted siguió usando indebidamente los servicios de salud, cumplirá los requisitos para que se le asigne al programa durante 36 meses adicionales.
- Usted tiene derecho a apelar la asignación al Programa de Beneficiarios Restringidos. Debe



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

presentar una apelación en un plazo no mayor de 60 días a partir de la fecha del aviso que le enviemos. Debe apelar en un plazo no mayor de 30 días para evitar que la restricción se implemente durante su apelación. Usted puede solicitar una Apelación Estatal (Audiencia Imparcial de Medicaid ante el estado) después de recibir nuestra decisión de que aplicaremos la restricción. Consulte la Sección F3 del Capítulo 9 para obtener más información sobre su derecho a apelar.

- El Programa de Beneficiarios Restringidos no se aplica a los servicios cubiertos por Medicare. Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Para obtener más información, consulte la Sección G3 del Capítulo 5.

Sección D La Tabla de Beneficios de nuestro plan

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.</p> <p>Podemos cubrir pruebas o exámenes de detección adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Acupuntura</p> <p>Los servicios de acupuntura están cubiertos cuando son prestados por un acupunturista con licencia o por otro profesional médico con licencia de Minnesota que tenga capacitación y acreditación en acupuntura.</p> <p>Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistente por 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Acupuntura (continuación)</p> <p>Además, pagamos hasta 20 unidades de servicios de acupuntura por cada año calendario sin una autorización o requerimos una preautorización si se necesitan unidades adicionales para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor agudo y crónico • Depresión • Ansiedad • Esquizofrenia • Síndrome de estrés postraumático • Insomnio • Dejar de fumar • Síndrome de las piernas inquietas • Trastornos menstruales • Xerostomía (sequedad de boca) asociada con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – síndrome de Sjögren – radioterapia • Náuseas y vómitos asociados con lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> – procedimientos posoperatorios – embarazo – cuidado para el cáncer 	<p>\$0</p>
<p>Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Pagamos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol, incluidas las mujeres embarazadas.</p> <p>Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado en un centro de cuidado primario (consulte la sección “Servicios para trastornos por consumo de sustancias” de esta tabla para conocer los beneficios cubiertos adicionales).</p>	<p>\$0</p>

 **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711,** o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.</p> <p>Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su salud o su vida. Para otros casos, nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia (que no sean de emergencia).</p> <p>En casos que no sean de emergencia, es posible que paguemos una ambulancia. Su condición debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Se requiere una autorización para el transporte en ambulancia terrestre y aérea, cubierto por Medicare, que no es de emergencia.</i></p> <p><i>No se requiere una autorización para una ambulancia en situaciones de emergencia.</i></p>
<p>Examen médico de rutina anual</p> <p>Incluye un examen médico completo y la evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos. No es necesario que las visitas para realizar el Examen Médico de Rutina Anual se programen con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una visita por cada año calendario.</p>	<p>\$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.</p>
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Usted puede recibir un examen médico anual. En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta visita una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar durante el lapso de 12 meses después de su visita Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para realizar visitas de bienestar anuales.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagaremos la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>\$0</p>
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una mamografía de detección cada 12 meses • exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses 	<p>\$0</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la indicación de un médico.</p> <p>También cubrimos programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>Pagamos una visita al año o más si son médicamente necesarias con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de aspirina, • controlarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien. <p>Podemos cubrir visitas adicionales si son médicamente necesarias.</p>	<p>\$0</p>

 **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p> <p>El plan paga los servicios de coordinación del cuidado de la salud, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a organizar, recibir y coordinar evaluaciones, pruebas y apoyos y servicios de salud y de cuidado a largo plazo • Trabajar con usted para desarrollar y actualizar su plan de cuidado • Apoyarle y comunicarse con diversas agencias y personas • Coordinar otros servicios según lo descrito en su plan de cuidado. 	<p>\$0</p>
<p>Coordinación del cuidado de la salud</p> <p>El plan paga los servicios de coordinación del cuidado de la salud, incluidos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudarle a organizar, recibir y coordinar evaluaciones, pruebas y apoyos y servicios de salud y de cuidado a largo plazo • Trabajar con usted para desarrollar y actualizar su plan de cuidado • Apoyarle y comunicarse con diversas agencias y personas • Coordinar otros servicios según lo descrito en su plan de cuidado 	<p>\$0</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • Para las mujeres que están en alto riesgo de cáncer del cuello uterino o de la vagina: una prueba de Papanicolau cada 12 meses <p>Podemos cubrir servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una evaluación o un examen por año • Manipulación manual (ajuste) de la columna vertebral para tratar la subluxación de la columna vertebral – hasta 24 tratamientos por cada año calendario, limitadas a seis por mes. • Radiografías cuando sean necesarias para respaldar un diagnóstico de subluxación de la columna vertebral <p>Nota: Nuestro plan no cubre otros ajustes, vitaminas, suministros médicos, terapias ni equipos de un quiropráctico.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de Biomarcadores en Sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de Bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de Bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.</p>	<p>\$0</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales</p> <p>Ciertos servicios dentales, incluidas las limpiezas, los empastes dentales y las dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de la Asistencia Médica.</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de diagnóstico • Examen completo una vez cada cinco años (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación periódica ni limitada) • Examen periódico (no se puede realizar en la misma fecha que una evaluación completa o limitada) • Exámenes limitados (centrados en problemas) una vez por día (no se pueden realizar en la misma fecha que una evaluación bucal completa ni un servicio de limpieza dental) • Evaluación bucal detallada (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento de la boca completa) • Evaluación periodontal detallada (no se puede realizar en la misma fecha que el desbridamiento de la boca completa) • Teleodontología para servicios de diagnóstico • Servicios de estudios por imágenes, limitados a: <ul style="list-style-type: none"> – Radiografía de aleta de mordida una vez por cada año calendario – Radiografías individuales para el diagnóstico de problemas; cuatro por cada fecha del servicio – Radiografías panorámicas una vez cada cinco años y según sean médicamente necesarias; una vez cada dos años en situaciones limitadas o con un procedimiento programado en un centro para pacientes ambulatorios o en un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) autónomo – Radiografías de la boca completa (una vez en un período de cinco años) <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Servicios preventivos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpiezas dentales (limitadas a dos veces por cada año calendario; hasta cuatro por año con una Preautorización) • Barniz de fluoruro una vez cada seis meses (no se puede realizar en la misma fecha que un servicio de tratamiento de emergencia del dolor dental) • Tratamiento de caries una vez por cada diente cada seis meses (no se puede realizar en la misma fecha que un servicio de barniz de fluoruro ni que un servicio de tratamiento de emergencia del dolor dental) • Instrucciones sobre higiene bucal (se requiere una autorización para el servicio adicional) <p>Servicios restaurativos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empastes dentales, limitados a una vez cada 90 días por cada diente • Empastes dentales sedantes para el alivio del dolor (no se pueden realizar en la misma fecha que un servicio de tratamiento de emergencia del dolor dental) • Coronas individuales (deben ser prefabricadas y estar hechas de resina o acero inoxidable) (con una Preautorización) • Endodoncia (tratamientos de conducto radicular) (en dientes anteriores y premolares se limitan a una vez por cada diente una vez en la vida) <p>Periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminación gruesa de la placa y el sarro (desbridamiento de la boca completa) (una vez cada cinco años) (no se puede realizar en la misma fecha que un servicio de limpieza dental, un examen completo, una evaluación bucal ni un servicio de evaluación periodontal) • Raspado y alisado radicular (con una Preautorización) (no se puede realizar en la misma fecha que la limpieza dental ni el desbridamiento de la boca completa) (una vez cada dos años por cada cuadrante) • Procedimientos de seguimiento (mantenimiento periodontal) (con una Preautorización) (cada tres meses/91 días durante dos años) (hasta cuatro por cada año calendario después de terminar el raspado y alisado radicular) <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Prostodoncia, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos extraíbles (dentaduras postizas completas y parciales, y sobredentaduras) una vez cada seis años por cada arco dental • Ajustes, modificaciones, rebases, reparaciones y reemplazo de bases de aparatos extraíbles (dentaduras postizas completas y parciales); las reparaciones de dientes faltantes o rotos se limitan a cinco dientes cada 180 días • Reemplazo de aparatos perdidos, robados o dañados sin posibilidad de reparación en determinadas circunstancias • Reemplazo de aparatos parciales si la prótesis parcial existente no se puede modificar para satisfacer las necesidades dentales • Rellenos para el acondicionamiento del tejido • Rellenos para el acondicionamiento del tejido <p>Cirugía bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • incluidas las extracciones (con una Preautorización) <p>Servicios dentales generales adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de emergencia del dolor dental • anestesia general, sedación profunda • óxido nitroso • centro de cuidado prolongado/visita a domicilio en determinados centros institucionales, que incluyen: residencias para ancianos, Instituciones para Enfermedades Mentales (IMD), Centros de Cuidado Intermedio para Personas con Discapacidades del Desarrollo (ICF/DD), Centros de Cuidados Paliativos, programa Opciones de Tratamiento Prolongado de Minnesota (METO), centros de enfermería, programa escolar o Head Start, centros de enfermería especializada y camas multiuso (una cama de centro de enfermería en un hospital) (no se puede realizar en la misma fecha que un servicio de instrucciones sobre higiene bucal) • medicamentos (solo cuando sean médicamente necesarios para condiciones muy limitadas) <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios dentales (continuación)</p> <p>Servicios dentales generales adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo del comportamiento cuando sea necesario para garantizar que un servicio dental cubierto se realice de forma correcta y segura • Ajustes de la mordida bucal (ajustes completos con una Preautorización) (limitados a una vez por día) <p>Notas:</p> <p>Si usted comienza a recibir servicios de ortodoncia, no exigiremos la finalización del plan de tratamiento para pagarle al proveedor los servicios recibidos.</p> <p>Si es nuevo en nuestro plan de salud y ya ha iniciado un plan de tratamiento de servicios dentales, comuníquese con nosotros para coordinar el cuidado de la salud.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la condición médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Pagamos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p> <p>Podemos cubrir pruebas o exámenes de detección adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Pruebas de detección de la diabetes</p> <p>Pagamos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial alta (hipertensión) • Historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • Obesidad • Historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre <p>Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, usted puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p> <p>Podemos cubrir pruebas o exámenes de detección adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia), incluidos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> – Un medidor de glucosa en la sangre – Tiras para medir la glucosa en la sangre – Lancetas y dispositivos para lancetas – Soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas), así como el ajuste y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario, o - Un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por año (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con los zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a manejar la diabetes. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente. 	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>En el Capítulo 12 de su Guía para Miembros, puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Andadores • Sistemas de colchones motorizados • Suministros para la diabetes (Para obtener información sobre los suministros para la diabetes, consulte la sección “Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes” en esta tabla de beneficios.) • Camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio • Bombas de infusión intravenosa (IV) y portasueros • Dispositivos para la generación del habla • Equipos de oxígeno y suministros • Nebulizadores • Bastón de cuatro patas o mango curvo estándar, y suministros de repuesto • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo para el cuidado de diálisis <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación)</p> <p>Cubrimos artículos adicionales, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reparaciones de equipos médicos • baterías para equipos médicos • suministros médicos que usted necesita para tratar su enfermedad, lesión o discapacidad • productos para la incontinencia • productos nutricionales/equipos de nutrición entérica cuando se cumplen condiciones específicas • suministros para la planificación familiar (consulte la sección “Servicios para la planificación familiar” de esta tabla para obtener más información) • dispositivos para aumentar la comunicación, incluidas las tabletas electrónicas <p>Es posible que haya otros artículos cubiertos.</p> <p>Para obtener información sobre los suministros para la diabetes, consulte la sección “Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes” en esta tabla de beneficios.</p> <p>Pagamos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y la Asistencia Médica. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede pedirle si puede realizar un pedido especial para usted.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (Servicios a Domicilio y en la Comunidad)</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para las personas que cumplan los requisitos para recibir los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (EW):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Acompañante para Adultos: Cuidado no médico, supervisión y socialización. • Servicios para el Cuidado Diurno de Adultos (ADS) y Servicio Diurno de Baño de Adultos: Programa de actividades individualizado y con licencia para satisfacer las necesidades sociales y de salud evaluadas de un adulto mayor. El Servicio Diurno de Baño de Adultos es opcional. También incluye los Servicios para el Cuidado Diurno de Adultos en un Entorno Familiar (FADS). • Cuidado Tutelar de Adultos: Cuidado residencial y servicios de apoyo apropiados para adultos, con licencia, en un entorno familiar. • Administración de Casos: Administración de sus servicios de salud y para el cuidado a largo plazo entre diferentes profesionales de servicios sociales y de salud. • Servicios de Ayuda para Tareas Domésticas: Servicios de tareas domésticas pesadas necesarios para mantener su casa limpia y segura. • Servicios de Apoyo Comunitario Dirigidos por el Consumidor: Servicios que usted mismo diseña para satisfacer sus necesidades y administra dentro de un presupuesto establecido. • Servicios de Vivienda Personalizados/Servicios de Vivienda Personalizados Disponibles las 24 Horas del Día: Grupo de servicios individualizados (servicios relacionados con la salud y servicios de apoyo) prestados en un centro calificado. • Adaptaciones Ambientales para Facilitar el Acceso: Cambios físicos en su casa y vehículo necesarios para proteger su salud y seguridad, y para permitirle ser más independiente. • Servicios Extendidos de Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio del Plan Estatal: Incluyen servicios de enfermería y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio que exceden el límite de la Asistencia Médica. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (Servicios a Domicilio y en la Comunidad) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado Extendido de Enfermería a Domicilio del Plan Estatal: Incluye servicios de cuidado de enfermería a domicilio que exceden el límite de la Asistencia Médica. • Servicios de Asistencia para el Cuidado Personal (PCA) del Plan del Estado Extendidos (El programa Community First Services and Supports [CFSS] reemplaza a los servicios de Asistencia para el Cuidado Personal cuando el estado de Minnesota obtiene la aprobación federal para prestar este servicio): Ayuda con el cuidado personal y las actividades de la vida diaria (ADL) que superan el límite de la Asistencia Médica. Los servicios de Asistencia para el Cuidado Personal también pueden ayudar con las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) • Servicios para Cuidadores y Familiares: Capacitación, educación, orientación y asesoramiento para cuidadores no remunerados, que incluye la capacitación, educación y orientación para cuidadores. • Programa de Entrega de Comida a Domicilio: Comida adecuada y nutricionalmente equilibrada entregada en su domicilio. • Servicios Domésticos: Servicios que le ayudan a administrar las actividades generales domésticas y de limpieza. • Servicios Individuales de Apoyo para la Vida en la Comunidad: Servicio combinado que ofrece ayuda y apoyo para permanecer en su propio hogar, incluidos recordatorios, indicaciones, supervisión intermitente o asistencia física. • Relevo del Cuidador: Servicio a corto plazo para cuando usted no se puede cuidar a sí mismo y su cuidador no remunerado necesita un descanso. • Equipos y Suministros Especializados: Suministros y equipos que superan el límite o la cobertura de la Asistencia Médica, o que no forman parte de otra cobertura de la Asistencia Médica, pero que están especificados en su plan de apoyo. Esto incluye el Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS) • Servicios de Transición: Artículos y apoyos necesarios para mudarse de un centro con licencia a una vivienda independiente o semiindependiente en la comunidad. • Transporte: Le permite acceder a actividades y servicios en la comunidad. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (Servicios a Domicilio y en la Comunidad) (continuación)</p> <p>Para recibir estos servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (EW), se le debe realizar una evaluación de MnCHOICES, que anteriormente se llamaba Consulta de Cuidado a Largo Plazo (LTCC), y se debe determinar que usted necesita el nivel de cuidado de un asilo de convalecencia. Puede pedir que le realicen esta evaluación en su casa, su departamento o el centro donde vive.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su coordinador del cuidado de la salud de MSHO se reunirá con usted y su familia para hablar de sus necesidades de cuidado en un plazo no mayor de 20 días si usted llama para pedir una visita. • Su coordinador del cuidado de la salud de MSHO le dará información sobre los servicios comunitarios, le ayudará a buscar servicios para permanecer en su domicilio o en la comunidad, y le ayudará a buscar servicios para salir de un asilo de convalecencia o de otro centro. • Usted tiene derecho a que sus amigos o familiares estén presentes en la visita. Puede designar a un representante para que le ayude a tomar decisiones. Puede decidir cuáles son sus necesidades y dónde desea vivir. Puede pedir los servicios que mejor satisfagan sus necesidades. Puede tomar las decisiones finales sobre su plan de servicios y ayuda. Puede elegir quién desea que le preste los servicios y apoyos entre los proveedores que estén a su disposición de la red de nuestro plan. • Después de la visita, su coordinador del cuidado de la salud de MSHO le enviará una carta con recomendaciones sobre los servicios que mejor satisfagan sus necesidades. Se le enviará una copia del plan de cuidado o de servicios que usted ayudó a elaborar. Su coordinador del cuidado de la salud de MSHO le ayudará a presentar una apelación si usted no está de acuerdo con los servicios sugeridos o si le informaron que no puede calificar para estos servicios. • Las personas que viven en las reservas White Earth, Leech Lake, Red Lake, Mille Lacs o Fond du Lac, o cerca de ellas, podrían elegir recibir sus servicios del Programa de Exención para Personas Mayores a través de la división tribal de salud o servicios humanos, o a través de nuestro plan. Comuníquese con la nación tribal o con nuestro plan si tiene preguntas. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (Servicios a Domicilio y en la Comunidad) (continuación)</p> <p>Si actualmente está en el programa de exención de Acceso a la Comunidad para la Inclusión de Personas con Discapacidades (CADI), de Cuidado Alternativo en la Comunidad (CAC), para Personas con Lesiones Cerebrales (BI) o para Personas con Discapacidades del Desarrollo (DD), seguirá recibiendo los servicios cubiertos por estos programas de la misma manera que ahora. Su administrador de casos del condado seguirá autorizando estos servicios y los coordinará con su coordinador del cuidado de la salud de MSHO.</p> <p>Si usted necesita servicios de coordinación y planificación de la transición para ayudarlo a mudarse a la comunidad, podría cumplir los requisitos para recibir los servicios de Moving Home Minnesota (MHM). Estos servicios son aparte de los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores, pero usted debe cumplir los requisitos de este programa.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Cuidado de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, y • Necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una condición médica con dolor grave o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un riesgo grave para su salud; o • un daño grave en las funciones corporales; o • una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo <p>Esta cobertura solo está disponible dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su condición de emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe trasladarse a un hospital de la red para que su cuidado siga teniendo cobertura o su cuidado como paciente hospitalizado en el hospital fuera de la red debe ser autorizado por nosotros.</p> <p>Cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos y sus territorios, cubrimos el transporte de emergencia a un centro médico cercano dentro del país extranjero.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la planificación familiar</p> <p>La ley le permite elegir cualquier proveedor — ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red — para recibir ciertos servicios para la planificación familiar. Se llaman servicios de acceso abierto. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen y tratamiento médico para la planificación familiar • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar • Métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos [AIU]/dispositivos intrauterinos [DIU], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • Suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, lámina, diafragma, capuchón) • Asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados • Asesoramiento, pruebas de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) • Asesoramiento y pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y de otras condiciones relacionadas con el VIH • Anticonceptivos permanentes. (Usted debe ser mayor de 21 años para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento de esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía.) • Asesoramiento genético <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la planificación familiar (continuación)</p> <p>También pagaremos algunos otros servicios para la planificación familiar. Sin embargo, usted debe consultar a un proveedor dentro de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para condiciones médicas de infertilidad. (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada.) • Tratamiento del SIDA y de otras condiciones relacionadas con el VIH • Pruebas genéticas <p>Nota: Nuestro plan no cubre los métodos artificiales para quedar embarazada (inseminación artificial, ni siquiera la fecundación in vitro ni los servicios relacionados; ni medicamentos para la fertilidad ni los servicios relacionados), la reversión de la esterilización voluntaria ni la esterilización de alguien bajo tutela o curatela.</p>	
<p>Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active® de UnitedHealthcare®</p> <p>El programa Renew Active de UnitedHealthcare es el programa de referencia de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que ofrece Medicare. El programa Renew Active incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una membresía gratuita en un gimnasio, acceso a nuestra red nacional de gimnasios y centros de acondicionamiento físico, un plan de acondicionamiento físico personalizado más miles de videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet. • Un programa para la agudeza mental por Internet con contenido exclusivo para miembros del programa Renew Active ofrecido por AARP® Staying Sharp. • Actividades sociales en clases y eventos locales de salud y bienestar. • Comunidad Fitbit® en Internet para Renew Active. No se necesita un dispositivo Fitbit. • 1 kit de ejercicios para el hogar para miembros que viven a una distancia de 15 millas o más de un centro de acondicionamiento físico participante. <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de salud</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de una Enfermera de Práctica Avanzada: servicios prestados por una enfermera especialista, una enfermera anestesista, una enfermera partera o un especialista en enfermería clínica • Inmunoterapia y pruebas de alergia • Programa Behavioral Health Home: coordinación del cuidado primario, servicios de salud mental y servicios sociales • Cobertura de ensayos clínicos <ul style="list-style-type: none"> – Cuidado de rutina que se proporciona como parte del tratamiento del protocolo de un ensayo clínico; que es usual, habitual y apropiado para su condición; y que normalmente se proporcionaría fuera de un ensayo clínico. – Esto incluye los servicios y artículos necesarios para el tratamiento de los efectos y complicaciones del tratamiento del protocolo. – Para obtener más información, consulte el Capítulo 3 de su Guía para Miembros • Servicios de coordinación del cuidado de la salud prestados por trabajadores de salud comunitarios y servicios para información educativa para los pacientes • Servicios de un Técnico Comunitario en Emergencias Médicas (CMET) <ul style="list-style-type: none"> – Visitas después de ser dado de alta de un hospital/asilo de convalecencia indicadas por su proveedor de cuidado primario – Visitas para la evaluación de la seguridad indicadas por su proveedor de cuidado primario <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de salud (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paramédico Comunitario: ciertos servicios prestados por un paramédico comunitario. Los servicios deben formar parte de un plan de cuidado indicado por su proveedor de cuidado primario. Los servicios pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones de salud - Control de enfermedades crónicas e información educativa sobre estas - Ayuda con los medicamentos - Vacunas - Toma de muestras de laboratorio - Cuidado médico de seguimiento después de recibir tratamiento en un hospital - Otros procedimientos médicos menores • Las visitas a domicilio para determinar si hay desencadenantes del asma en el domicilio del miembro deben estar a cargo de un especialista en salud ambiental titulado, un especialista en hogares saludables y un evaluador de riesgos de plomo. Su agencia de salud pública local puede ayudarle a buscar uno de estos profesionales de cuidado de la salud o usted puede comunicarse con Servicio al Cliente. • Coordinación de Servicios Hospitalarios al Alcance de la Comunidad (IRSC): coordinación de servicios destinada a reducir el uso de las salas de emergencias (ER) de hospitales en determinadas circunstancias. Este servicio satisface las necesidades sociales, económicas, de salud y de otro tipo de los miembros para ayudar a reducir el uso de las salas de emergencias y otros servicios para el cuidado de la salud. • Servicios de una enfermera certificada en salud o una enfermera titulada que ejerce en una clínica de enfermería de salud pública conforme a una unidad gubernamental • Telemonitoreo: uso de equipos especiales para enviar datos de salud a los proveedores desde un lugar remoto, como el domicilio del miembro. Los proveedores usan el telemonitoreo para ayudar a administrar el cuidado de la salud complejo sin la necesidad de que el miembro esté en una clínica ni en un hospital. • Administración del cuidado de la tuberculosis y observación directa de la toma de medicamentos 	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la audición</p> <p>Pagamos los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p> <p>Cubrimos artículos y servicios adicionales, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos auditivos y baterías • Reparación y reemplazo de aparatos auditivos debido al uso y desgaste normal, con límites 	<p>\$0</p> <p>Proveedor: Proveedores de la red del plan en su área de servicio</p>
<p>Servicios para la audición — examen de audición de rutina</p> <p>Cubrimos 1 examen de audición cada año.</p> <p>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.</p>	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piden una prueba de detección del VIH, o • están en mayor riesgo de infección por el VIH. <p>Es posible que cubramos beneficios adicionales.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe decirnos que usted los necesita, y los debe prestar una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por día y de 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos • Terapia respiratoria • Cuidado de Enfermería a Domicilio (HCN) • Servicios de un asistente para el cuidado personal (PCA) y supervisión de estos servicios (El programa Community First Services and Supports [CFSS] reemplaza a los servicios de un asistente para el cuidado personal cuando el estado de Minnesota obtiene la aprobación federal para prestar este servicio.) 	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>Nuestro plan pagará la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • Equipo, como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado; • Capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de equipo médico duradero; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio. 	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de apoyo a domicilio</p> <p>Con este beneficio, usted recibe un crédito trimestral para gastar en dispositivos de seguridad para el baño y el hogar, así como en apoyo adicional en el domicilio.</p> <p>Los créditos se agregan a su cuenta cada trimestre y vencen al final del año.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compañía • Preparación de comidas • Control de plagas • Reparaciones en el domicilio • Modificaciones en el domicilio • Mandados • Relevo del cuidador • Mantenimiento intermitente del jardín • Retiro de nieve <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p> <p>El crédito trimestral para dispositivos de seguridad para el baño y el hogar, así como para apoyo adicional en el domicilio es de \$150.</p>	

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Debemos ayudarle a buscar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Por servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios. <p>Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su Guía para Miembros. <p>Nota: Si usted necesita cuidados que no son paliativos, debería llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos (por única vez) para personas que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para estabilizar la situación de vivienda</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios para los miembros que cumplan los requisitos para recibir los Servicios para Estabilizar la Situación de Vivienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de consultoría sobre la vivienda para desarrollar un plan centrado en la persona para aquellas sin servicios de administración de casos de la Asistencia Médica • Servicios de transición a la vivienda para ayudarle a planificar para una vivienda, encontrar una y mudarse a ella • Transición a la vivienda — gastos de mudanza (se limitan a \$3,000 por año) <ul style="list-style-type: none"> – Solo para personas que dejan un centro institucional controlado por proveedores y financiado por la Asistencia Médica que se mudarán a su propio domicilio. – Solicitudes, depósitos de garantías y el costo de conseguir la documentación necesaria para obtener un contrato de alquiler de un departamento o una casa – Muebles y artículos esenciales para el hogar que se necesitan para vivir y usar una vivienda comunitaria, incluidos los muebles, cortinas y persianas para ventanas, artículos para preparar comidas y ropa blanca de baño/cama – Cargos de instalación o depósitos para habilitar los servicios públicos o acceder a servicios, entre ellos, teléfono, electricidad, calefacción y agua – Servicios necesarios para la salud y la seguridad de la persona, como la eliminación de plagas y una limpieza por única vez antes de la mudanza – Adaptaciones necesarias para facilitar el acceso en el domicilio • Servicios de sostenibilidad de la vivienda para ayudarle a mantenerla • Transporte para recibir servicios para estabilizar la situación de vivienda (dentro de un radio de 60 millas) <p>Se le debe realizar una evaluación de los requisitos de participación de los Servicios para Estabilizar la Situación de Vivienda y se debe determinar que usted cumple los requisitos para estos servicios. Si necesita Servicios para Estabilizar la Situación de Vivienda, puede pedir una evaluación o recibir el apoyo de su proveedor o administrador de casos.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que usted deba obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para estabilizar la situación de vivienda (continuación)</p> <p>Si tiene un administrador de casos dirigido a grupos específicos, un administrador de casos del programa de exención o un coordinador del cuidado de la salud para adultos de edad avanzada, ese administrador de casos puede apoyarle para acceder a los servicios, o usted puede comunicarse directamente con un proveedor de Servicios para Estabilizar la Situación de Vivienda para que le ayude.</p> <p>El personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS) usará los resultados de la evaluación para determinar si usted cumple los criterios basados en las necesidades para recibir este servicio. El Departamento de Servicios Humanos le enviará una carta para informarle la aprobación o denegación de los Servicios para Estabilizar la Situación de Vivienda.</p>	
<p> Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacuna contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Para obtener más información, consulte el Capítulo 6 de su Guía para Miembros.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros médicamente necesarios que no se encuentran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • Medicamentos y principios activos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios para radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. En el caso de los trasplantes de corazón, esto incluye también la colocación de un Dispositivo de Asistencia Ventricular como tratamiento permanente o temporal. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Usted debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se estabilice.</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • Servicios de un médico <p>Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta publicación está disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos los servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital, incluidas las estadías extendidas en el hospital psiquiátrico como paciente hospitalizado.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura</p> <p>No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si usted usó todo su beneficio de hospitalización o si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que el cuidado como paciente hospitalizado no está cubierto, es posible que paguemos los servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o en un centro de enfermería. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico, como las pruebas de laboratorio • Radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluso los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • Prótesis y ortesis, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan de manera total o parcial: <ul style="list-style-type: none"> – un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o – la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal. • Abrazaderas ortopédicas para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su condición • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 	<p>\$0</p>
<p>Servicios de interpretación</p> <p>El plan pagará los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de interpretación de idiomas hablados • Servicios de interpretación de lenguaje de señas 	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarle a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3 de su Guía para Miembros, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados, si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Realiza una visita de asesoramiento y toma de decisión compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó al menos 1 paquete de cigarrillos por día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, fuma actualmente o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años <p>Después del primer examen de detección, nuestro plan paga otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Beneficio de Comidas</p> <p>Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) o en el hospital como paciente hospitalizado, si así lo recomienda un proveedor.</p> <p>Pautas del beneficio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante 14 días como máximo • La primera entrega de comida puede llevar hasta 72 horas después de haber realizado el pedido • Se pueden aplicar algunas restricciones y limitaciones 	<p>\$0</p> <p>Proveedor: Roots Food Group</p> <p>Se requiere una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta cubiertos por la Asistencia Médica</p> <p>Cubrimos algunos medicamentos conforme a la Asistencia Médica que no están cubiertos por la Parte B de Medicare ni la Parte D de Medicare, por ejemplo, algunos productos de venta sin receta, algunos medicamentos con receta para la tos y el resfrío, y algunas vitaminas.</p> <p>El medicamento debe estar en nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario). Cubriremos un medicamento excluido del formulario si su médico nos indica que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el medicamento que normalmente está cubierto le ha causado una reacción perjudicial; o • hay un motivo por el que se considera que el medicamento que normalmente está cubierto podría causar una reacción perjudicial; o • el medicamento recetado por su médico surte mayor efecto en su caso que el que normalmente está cubierto. <p>El medicamento debe pertenecer a una clase de medicamentos que esté cubierta.</p> <p>Si el personal de la farmacia le dice que el medicamento no está cubierto y le pide que lo pague, pídale que llame a su médico. No podemos hacerle un reembolso si usted lo paga. Podría haber otro medicamento que surta efecto y que esté cubierto por nuestro plan. Si la farmacia no llamará a su médico, usted puede hacerlo. También puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Terapia de nutrición clínica</p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico.</p> <p>Un médico debe indicar estos servicios y renovar la indicación cada año si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Podemos cubrir beneficios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cambio dietario a largo plazo, y • mayor actividad física, y • estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que nuestro plan autorizó • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores, si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento en que recibió el trasplante de órgano • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Estos medicamentos se pagan si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario), los anestésicos tópicos y los estimuladores de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de su Guía para Miembros explica el beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6 de su Guía para Miembros explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de salud mental</p> <p>Consulte las siguientes secciones para obtener información sobre los servicios de salud mental cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de depresión • Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados • Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios • Servicios para hospitalización parcial 	<p>\$0</p>
<p>Nurse Hotline</p> <p>Los servicios de Nurse Hotline están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Hable con una enfermera titulada (RN) sobre sus inquietudes y preguntas médicas.</p> <p>Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0</p> <p>Proveedor: NurseLine</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería</p> <p>Somos responsables de pagar un total de 180 días de habitación y comida en un asilo de convalecencia. Esto incluye el cuidado de custodia. Si usted necesita seguir recibiendo cuidado en un asilo de convalecencia después de los 180 días, el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Minnesota pagará directamente su cuidado.</p> <p>Si el Departamento de Servicios Humanos está pagando su cuidado en el asilo de convalecencia actualmente, dicho Departamento, no nuestro plan, seguirá pagando su cuidado.</p> <p>Consulte la sección “Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)” de esta tabla para obtener más información sobre la cobertura adicional para asilos de convalecencia que ofrece el plan.</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en un hospital.</p> <p>Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Terapia respiratoria • Medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.) • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Pruebas de laboratorio que generalmente se realizan en los centros de enfermería <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios para radiología que generalmente se realizan en los centros de enfermería • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Servicios de un médico/profesional • Equipo médico duradero • Servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • Beneficios de servicios para la vista • Exámenes de audición • Cuidado quiropráctico • Servicios de podiatría <p>Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital. 	
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagaremos asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.</p> <p>Podemos cubrir beneficios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de Obstetricia y Ginecología (OB/GYN)</p> <p>Servicios cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado prenatal, durante el parto y después del parto • Curso de preparación para el parto • Asesoramiento y pruebas de detección del VIH para embarazadas—servicio de acceso abierto • Tratamiento para embarazadas con VIH positivo • Pruebas de detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (STD) – servicio de acceso abierto • Servicios relacionados con el embarazo recibidos en relación con un aborto (no incluye los servicios relacionados con el aborto) • Servicios de una doula certificada supervisada por un médico, una enfermera especialista o una enfermera partera certificada y titulada en el Departamento de Salud de Minnesota (MDH) • Servicios prestados por un profesional de salud con licencia en centros de maternidad con licencia, incluidos los servicios de enfermeras parteras certificadas y parteras tradicionales con licencia <p>Servicios no cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aborto: Este servicio no está cubierto por el plan. Podría estar cubierto por el estado. Llame al Servicio de Ayuda para Miembros de los Programas de Cuidado de la Salud de Minnesota al 651-431-2670 o al 1-800-657-3739 (número gratuito), o al 711 (TTY), o use su servicio de retransmisión preferido. Consulte también la Sección 9. • Partos planificados en el domicilio <p>Usted tiene “acceso directo” a los proveedores de Obstetricia y Ginecología para los siguientes servicios: examen de salud preventivo anual, incluidos los exámenes de seguimiento que su proveedor de cuidado de la salud calificado considere necesarios; cuidado de maternidad; evaluación y tratamiento de condiciones o emergencias ginecológicas. Para recibir los servicios de acceso directo, debe consultar a un proveedor dentro de la red del plan. Para los servicios etiquetados como de acceso abierto, puede visitar cualquier proveedor de cuidado de la salud calificado, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar.</p>	

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none">• Actividades de admisión• Evaluaciones periódicas• Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos• Asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias• Terapia individual y de grupo• Pruebas para detectar drogas, químicos o sustancias en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</p> <p>Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su UCard® de UnitedHealthcare cada mes para pagar alimentos, artículos de Venta Sin Receta y ciertas facturas de servicios públicos que tengan cobertura. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos saludables como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más. • Productos genéricos y de marca de venta sin receta, como vitaminas, analgésicos, pasta dental, caramelos para la tos y mucho más. • Facturas de servicios públicos aprobadas, como de electricidad, gas, agua e Internet. La dirección de los servicios debe coincidir con una dirección suya que tengamos registrada. <p>El crédito no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol.</p> <p>Usted puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet o por teléfono a través de su catálogo. Realice un pedido de \$35 como mínimo por Internet en es.myuhc.com/communityplan con envío estándar gratuito. Para recibir un catálogo impreso, llame a Servicio al Cliente o al número que se encuentra en la Hoja de Información sobre Proveedores. También puede usar su crédito para pagar las facturas de servicios públicos aprobadas por Internet, por teléfono o en el mostrador de MoneyCenter o de Servicio al Cliente de su Walmart local.</p> <p>Visite el UCard® Hub en es.myuhc.com/CommunityPlan para buscar tiendas participantes, consultar su saldo, realizar un pedido por Internet o pagar facturas de servicios públicos.</p> <p>Dispositivos de seguridad para el baño y el hogar</p> <p>Usted también puede usar su crédito para productos de venta sin receta en dispositivos de seguridad para el baño y el hogar que tengan cobertura, como alfombras de baño, barras de sujeción y sillas para la ducha.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Proveedor: Solutran</p> <p>El crédito mensual es de \$180</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • Suministros quirúrgicos, como vendajes • Férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios 	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Para que estén cubiertos, los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley de concesión de licencias del estado y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!”. Esta publicación está disponible en Internet en medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>La observación para pacientes ambulatorios se explica en la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p>	

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un Departamento de Emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> – Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. – A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. – Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa: medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-S-Inpatient-or-Outpatient.pdf • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios para radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo 	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios de salud mental prestados por cualquiera de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o un médico con licencia del estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un asesor profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera especialista (NP) • un asistente médico (PA) • un profesional certificado de los pueblos tribales • un profesional especialista en rehabilitación de salud mental • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes <p>El plan pagará los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Comunitaria Certificada de Salud del Comportamiento (CCBHC) • Consulta de cuidado clínico • Servicios de respuesta ante crisis que incluyen evaluaciones, intervenciones, estabilizaciones (incluida la estabilización residencial) e intervenciones comunitarias • Evaluaciones de diagnóstico, incluso para detectar la presencia de trastornos por consumo de sustancias y enfermedades mentales concomitantes <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia Dialéctica Conductual (DBT) • Programa Intensivo para Pacientes Ambulatorios (IOP) • Tiempo de viaje del proveedor de servicios de salud mental • Administración de Casos de Salud Mental Dirigida a Grupos Específicos (MH-TCM) • Tratamiento Aseritivo Comunitario Forense (FACT) • Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, que incluyen la explicación de resultados, el manejo de medicamentos para la salud mental, servicios neuropsicológicos, psicoterapia (para el paciente o la familia, familiar, para crisis y de grupo) y pruebas psicológicas • Servicios Médicos de Salud Mental, que incluyen la evaluación/intervención de salud y del comportamiento, visitas como paciente hospitalizado, consultas psiquiátricas con proveedores de cuidado primario y la consulta, evaluación y administración médica • Servicios de Rehabilitación de Salud Mental, que incluyen el Tratamiento Aseritivo Comunitario (ACT), el tratamiento diurno para adultos, los Servicios de Rehabilitación de Salud Mental para Adultos (ARMHS), los servicios de apoyo de parte de Especialistas Certificados en Apoyo de Pares (CPS) en situaciones limitadas, los Servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (IRTS) y el Programa de Hospitalización Parcial (PHP) • Telemedicina <p>Si decidimos que no es necesario ningún tratamiento estructurado de salud mental, usted puede obtener una segunda opinión. Para la obtención de la segunda opinión, debemos permitirle usar cualquier profesional de salud calificado que no esté dentro de la red del plan. Pagaremos este servicio. Debemos considerar la segunda opinión, pero tenemos derecho a no estar de acuerdo con ella. Usted tiene derecho a apelar nuestra decisión.</p> <p>No determinaremos la necesidad médica de los servicios de salud mental ordenados por un tribunal. Use un proveedor de la red del plan para que realice su evaluación de salud mental ordenada por el tribunal.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p> <p>Es posible que las visitas virtuales requieran un teléfono inteligente u otro dispositivo habilitado para video. No se deben usar en emergencias. No todos los proveedores de la red ofrecen cuidado virtual.</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los Departamentos para Pacientes Ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>
<p>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol, que incluye evaluaciones completas y servicios autorizados de Evaluación, Intervención Breve y Referencia a Tratamiento (SBIRT) • Tratamiento del abuso de drogas • Terapia individual o de grupo a cargo de un profesional clínico calificado • Desintoxicación de casos subagudos en un programa residencial para adicciones • Servicios para la adicción al alcohol o a las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • Tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada • Tratamiento asistido con medicamentos para pacientes ambulatorios • Coordinación del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias • Apoyo de pares para la recuperación • Desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria debido a condiciones causadas por lesiones o complicaciones médicas durante la desintoxicación) • Manejo de la abstinencia <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Un profesional calificado que forma parte de la red del plan hará recomendaciones sobre los servicios para trastornos por consumo de sustancias para usted. Usted puede elegir hasta el máximo nivel de cuidado recomendado por el profesional calificado. Si no está de acuerdo con los servicios recomendados, puede recibir una evaluación adicional en cualquier momento de su cuidado. Si está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios según los estándares sobre trastornos por consumo de sustancias y la segunda evaluación</p> <p>Tiene derecho a apelar. Consulte el Capítulo 9.</p>	
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria (ASC).</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>
<p>Servicios para hospitalización parcial</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico o terapeuta. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias</p> <p>Con un Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias (PERS), puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias puede conectarle rápidamente con la ayuda que necesite, las 24 horas del día, en cualquier situación. Es un botón liviano y discreto que se puede usar en la muñeca o como colgante. También es seguro para usar en la ducha o la bañera. Según el modelo que usted elija, el dispositivo incluso puede detectar automáticamente las caídas. Debe tener un teléfono fijo que funcione o vivir en una zona con cobertura inalámbrica de AT&T para obtener un dispositivo del Sistema Personal de Respuesta ante Emergencias. El dispositivo celular funciona en todo el país con la red inalámbrica de AT&T y usted no necesita tener cobertura de AT&T.</p> <p>Puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en es.myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0</p> <p>Proveedor: Lifeline</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> – el consultorio de un médico – un Centro de Cirugía Ambulatoria certificado – el Departamento para Pacientes Ambulatorios de un Hospital • Consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista • Exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su proveedor de cuidado primario, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para miembros en ciertas zonas rurales o en otros sitios aprobados por Medicare o la Asistencia Médica • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • Servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> – Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud – Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si: <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • Obtención de una segunda opinión antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> – cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, – reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, – extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral, o – servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener información sobre otros servicios dentales que cubrimos, consulte la sección “Servicios dentales” de esta tabla. • Exámenes médicos y preventivos • Servicios para la Planificación familiar. Para obtener más información, consulte la sección “Planificación familiar” de esta tabla. • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Visitas Virtuales Médicas Adicionales: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios Requeridos de Urgencia • Proveedor de Cuidado Primario • Especialista • Otros Profesionales de Cuidado de la Salud – Otros tipos de Visitas Virtuales Médicas: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de Rehabilitación Cardíaca • Servicios de Rehabilitación Cardíaca Intensiva • Servicios de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios • Terapia Ocupacional • Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje – Visitas adicionales de telesalud para la Salud Mental: <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales de salud mental • Las Visitas Virtuales de Salud Mental son visitas de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Visite liveandworkwell.com/content/es/member/benefits/virtual-visits.html para obtener más información y programar una cita virtual. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrezca los servicios mediante telesalud. • Las Visitas Virtuales Médicas son visitas médicas que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de la red que usan tecnología apropiada por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo para realizar la visita. • No todas las condiciones médicas se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. 	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos) • Cuidado de los pies de rutina cuando sea médicamente necesario para miembros que tienen, por ejemplo, condiciones que afectan a las piernas, como la diabetes • Otro cuidado de los pies que no sea de rutina, como la limpieza de las uñas de los pies y las callosidades y los callos infectados <p>Cuidado de los pies de rutina adicional</p> <p>Cubrimos 6 visitas de cuidado de los pies de rutina por año. Este beneficio es adicional al beneficio de servicios de podiatría cubierto por Medicare indicado anteriormente.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen el tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, por ejemplo, el corte o la extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Se requiere una autorización para la podiatría cubierta por Medicare. Las visitas de cuidado de los pies de rutina no requieren una autorización.</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>\$0</p>
<p>Prótesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Pagamos las siguientes prótesis y tal vez otras que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • Marcapasos • Abrazaderas ortopédicas • Zapatos protésicos • Brazos y piernas artificiales • Prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) • Ortesis • Pelucas para personas con caída del cabello debido a cualquier condición médica • Algunos zapatos cuando forman parte de una abrazadera ortopédica para la pierna o cuando se hacen a medida. <p>Pagamos algunos suministros relacionados con las prótesis. También pagamos la reparación o el reemplazo de las prótesis.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. Usted debe tener una indicación para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC.</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte de rutina</p> <p>Información detallada de este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) ofrece 48 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, que están cubiertos cada año (se limitan a transporte terrestre únicamente) además de lo que está cubierto por la Asistencia Médica. • No limitaremos los viajes de transporte hacia citas médicas y farmacias conforme a la Asistencia Médica. • Usted es responsable de cualquier costo que se pase del límite de viajes. • Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como proveedores, centros médicos, farmacias, gimnasios o citas para la vista y la audición de la red. • Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 60 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. • Los servicios de transporte se deben solicitar 3 días hábiles antes de una cita de rutina programada. • Se permite un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener por lo menos 18 años). • En algunos viajes, es posible que usted tenga que compartir el vehículo con otros clientes del transporte. • Los viajes son de acera a acera o de puerta a puerta. • Puede haber camionetas para sillas de ruedas disponibles, si se solicita. • Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de una emergencia, llame al 911. • El transporte de rutina no se debe usar en emergencias. <p>Conforme a Medicare, este beneficio no cubre el transporte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camilla • Ambulancia; usted podría calificar para estos medios de transporte conforme a la Asistencia Médica. <p>Para obtener más información sobre el transporte médico que no es de emergencia, puede llamar a Servicio al Cliente al 1-844-368-5888.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
AbleTo Aplicación digital móvil de autoayuda para teléfonos inteligentes que se centra en capacitar a las personas para mejorar su salud mental, a través de la interacción con sus herramientas y actividades de la aplicación.	\$0

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programa FOODRx de Second Harvest Heartland</p> <p>Como parte de nuestros esfuerzos para conectar todos los recursos de nuestra comunidad con nuestros miembros que carecen de seguridad alimentaria, nos asociaremos con Second Harvest Heartland para ofrecer un programa de alimentos con receta para un subgrupo de miembros con condiciones crónicas o que recientemente tuvieron una estadía como pacientes hospitalizados. Los componentes principales del programa incluyen herramientas para adoptar un estilo de vida más saludable con comidas adaptadas clínicamente y específicas de la cultura, un coordinador de captación local para llegar proactiva y mensualmente a los miembros, y el seguimiento y la evaluación de los indicadores del programa en relación con la llegada a los miembros, su inscripción y su persistencia en el programa.</p> <p>Especialmente en el caso de la población de adultos de edad avanzada, el componente de llegada a los miembros del programa sirve para mediar en el aislamiento social y la soledad, al proporcionar una oportunidad para que los miembros se conecten regularmente con el personal capacitado de Second Harvest. El programa FOODRx también incluye la referencia y la ayuda del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), lo que asegura que los miembros tendrán acceso a alimentos saludables una vez que se termine el programa de seis meses. Aunque Second Harvest tiene su sede en el área metropolitana, nos hemos asociado con ellos y con su proveedor de entregas para ofrecer este beneficio en todo el estado.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programa FOODRx de Second Harvest Heartland (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caja de Alimentos para Personas con Enfermedades Crónicas del Programa FOODRx con Caja Complementaria de Frutas y Verduras: Los miembros con diabetes y otras condiciones crónicas que participen en este programa recibirán 25 comidas adaptadas a su cultura que se les entregarán mensualmente en su domicilio (sin barreras de transporte para recibir la comida) durante seis meses. En cada caja, los miembros reciben materiales educativos relacionados con vivir con enfermedades crónicas, así como recetas para ayudarles a elegir y preparar comidas saludables. Las cajas del programa FOODRx están disponibles en dos estilos de cocina adaptados a la cultura, estadounidense e hispano, con una tercera opción vegetariana para aquellos cuyas prácticas culturales, religiosas o dietéticas personales lo requieran. Los miembros pueden elegir diferentes estilos de cocina cada mes (por ejemplo, vegetariano el primer mes, hispano el segundo y así sucesivamente). Además, para complementar los alimentos no perecederos proporcionados en la caja del programa FOODRx, los miembros recibirán una caja aparte de frutas y verduras frescas locales cada mes durante los seis meses del programa. Esta caja adicional de frutas y verduras no solo permite a los miembros cocinar comidas más equilibradas desde el punto de vista nutricional, sino que también les permite preparar comidas propias de su cultura que requieren frutas y verduras frescas. <p>Se pueden aplicar requisitos estatales de participación.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Modelo Seeking Safety</p> <p>Seeking Safety es un modelo basado en un manual que ayuda a las personas que lidian con un trauma/trastorno por estrés postraumático (PTSD) y abuso de sustancias a establecer la seguridad en sus vidas. Seeking Safety aplica 25 estrategias de afrontamiento para ayudar a alcanzar y mantener la seguridad en las relaciones, el pensamiento, los comportamientos y las emociones.</p>	<p>\$0</p>
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones deben tener lugar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	<p>\$0</p>
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Para obtener información sobre los servicios adicionales de asilo de convalecencia cubiertos por nosotros, consulte la sección “Cuidado en un centro de enfermería”.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • Suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería • Pruebas de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería • Radiografías y otros servicios para radiología que se realizan en los centros de enfermería • Aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • Servicios de un médico/proveedor <p>Por lo general, usted recibirá cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • Un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital 	<p>\$0</p> <p><i>Su proveedor debe obtener una preautorización</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Tratamiento del tabaquismo</p> <p>Si usted usa tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco, y desea o necesita dejarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagaremos dos intentos de dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar el tabaco incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento en persona. <p>Si usted usa tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses. <p>Podemos cubrir beneficios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para trastornos por consumo de sustancias</p> <p>El plan paga los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación/diagnóstico • Tratamiento para pacientes ambulatorios • Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados • Tratamiento residencial no hospitalario • Tratamiento con metadona para pacientes ambulatorios • Coordinación del tratamiento de trastornos por consumo de sustancias • Apoyo de pares para la recuperación • Desintoxicación (solo cuando la hospitalización es médicamente necesaria debido a condiciones causadas por lesiones o complicaciones médicas durante la desintoxicación) • Manejo de la abstinencia <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para trastornos por consumo de sustancias (continuación)</p> <p>Un evaluador calificado que forma parte de la red de nuestro plan decidirá qué tipo de cuidado para trastornos por consumo de sustancias necesita usted. Puede obtener una segunda evaluación si no está de acuerdo con la primera. Para obtener una segunda evaluación, debe enviarnos una solicitud. Debemos recibir su solicitud en un plazo no mayor de cinco días hábiles después de que usted obtenga los resultados de su primera evaluación o antes de que comience el tratamiento (lo que ocurra primero). Cubriremos una segunda evaluación realizada por un evaluador calificado diferente en un plazo no mayor de cinco días hábiles después de que recibamos su solicitud. Si usted está de acuerdo con la segunda evaluación, puede acceder a los servicios según los estándares sobre trastornos por consumo de sustancias y la segunda evaluación.</p> <p>Tiene derecho a apelar. Consulte el Capítulo 9 de su Guía para Miembros.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Pagamos la terapia de ejercicios supervisada para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y que cuentan con una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. Nuestro plan pagará:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisada, hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas • Unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias <p>El programa de terapia de ejercicios supervisada debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación) • Ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para arteriopatía periférica • Realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado 	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte</p> <p>Si necesita transporte hacia y desde los servicios de salud que cubrimos, llame al 1-888-444-1519. Le proporcionaremos el medio de transporte más adecuado y eficiente en costo. Nuestro plan no está obligado a proporcionarle transporte a su Clínica de Cuidado Primario si esta está a más de 30 millas de su domicilio o si usted elige un proveedor especialista que esté a más de 60 millas de su domicilio. Llame al 1-844-368-5888 si no tiene una Clínica de Cuidado Primario disponible en un radio de 30 millas de su domicilio o si usted no tiene un proveedor especialista a su disposición en un radio de 60 millas de su domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de ambulancia en situaciones que no son de emergencia • Transporte proporcionado por conductores voluntarios • Transporte sin asistencia (taxi o transporte público) • Transporte con asistencia • Transporte con elevador/rampa • Transporte protegido • Transporte en camilla <p>Nota: Nuestro plan no cubre el reembolso del costo del millaje (por ejemplo, cuando usted usa su propio automóvil), las comidas, el alojamiento ni el estacionamiento, ni tampoco los viajes fuera del estado. Estos servicios no están cubiertos por el plan, pero pueden estar disponibles a través de la agencia local tribal o del condado. Para obtener más información, llame a su agencia tribal o del condado local.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado requerido de urgencia</p> <p>El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato, o • una enfermedad repentina, o • una lesión, o • una condición que necesita cuidado inmediatamente. <p>Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para una condición imprevista, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener más información, llame a nuestro número de Servicio al Cliente.</p> <p>Esta cobertura solo está disponible dentro de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	<p>\$0</p>
<p>Visitas Virtuales de Salud Mental</p> <p>Las Visitas Virtuales de Salud Mental son visitas de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. Visite liveandworkwell.com/content/es/member/benefits/virtual-visits.html para obtener más información y programar una cita virtual.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios individuales de salud mental.</p> <p>No todas las condiciones se pueden tratar a través de visitas virtuales. El proveedor de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un proveedor en persona para recibir tratamiento.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://www.es.myuhc.com/communityplan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la vista</p> <p>Pagamos servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos. Por ejemplo, exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, el plan pagará un examen de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con historial familiar de glaucoma, • personas con diabetes, • afroamericanos, e • hispanos estadounidenses. <p>Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular.</p> <p>Si le realizan dos cirugías de cataratas por separado, usted debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par de anteojos después de la primera cirugía.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p><i>Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización para algunos servicios</i></p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la vista (continuación)</p> <p>También cubrimos lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Exámenes de la vista• Anteojos iniciales, cuando sean médicamente necesarios. La selección puede ser limitada.• Anteojos de reemplazo, cuando sean médicamente necesarios. Reemplazo idéntico de los anteojos cubiertos por pérdida, robo o daños irreparables.• Reparaciones de marcos y lentes de los anteojos cubiertos por el plan• Lentes fotocromáticos de colores (por ejemplo, Transitions®) o con revestimiento antibrillo, cuando sean médicamente necesarios• Lentes de contacto, cuando sean médicamente necesarios en determinadas circunstancias	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita Preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), y • referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p>
<p>Organización White Bison</p> <p>White Bison ofrece recursos de aprendizaje sobre sobriedad, recuperación, prevención de adicciones y bienestar/Wellbriety a la comunidad de nativos americanos de Estados Unidos/nativos de Alaska de todo el país.</p> <p>Se aplican requisitos de participación.</p>	<p>\$0</p>

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección E Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o de la Asistencia Médica.

Sección E1 Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que pagamos mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor de cuidados paliativos facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, debe llamar a su coordinador del cuidado de la salud para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección E2 Otros Servicios

Los siguientes servicios no están cubiertos por nosotros conforme al plan, pero pueden estar disponibles a través de otra fuente, como el estado, el condado, el gobierno federal o la tribu. Para obtener más información sobre estos servicios, llame al Servicio de Ayuda para Miembros de los Programas de Cuidado de la Salud de Minnesota al **651-431-2670** o al **1-800-657-3739** (número gratuito). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-627-3529**.

- Administración de casos para personas con discapacidades del desarrollo
- Centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades del desarrollo (intermediate care facility for persons with developmental disabilities, ICF/DD)
- Tratamiento en centros conforme a la Regla 36 que no tienen licencia para prestar Servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (Intensive Residential Treatment Services, IRTS)
- Habitación y comida en relación con los Servicios de Tratamiento Residencial Intensivo (IRTS)
- Servicios prestados por un centro regional de tratamiento del estado o un centro de cuidado a largo plazo que es propiedad del estado, a menos que los aprobemos o que sean ordenados por un tribunal en los casos especificados en la ley
- Servicios prestados por instituciones federales
- Excepto los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores, otros servicios prestados por programas de exención de Servicios a Domicilio y en la Comunidad
- Capacitación laboral y servicios educativos
- Capacitación y habilitación diurnas
- Reembolso del costo del millaje (por ejemplo, cuando usted usa su propio automóvil), las comidas, el alojamiento y el estacionamiento. Para obtener más información, comuníquese con su condado.
- Estadías en asilos de convalecencia por las que nuestro plan no es responsable de otra manera. (Para obtener información adicional, consulte las secciones “Cuidado en un centro de enfermería” y “Cuidado en un centro de enfermería especializada [SNF]” de la Tabla de Beneficios.)
- Servicios de Protección para Adultos Vulnerables
- Servicios cubiertos por la Asistencia Médica prestados por Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC)



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección F Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni la Asistencia Médica

Esta sección explica los beneficios que están excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagan.

La lista a continuación describe algunos servicios y artículos que no tienen cobertura del plan en ningún caso, y otros que están excluidos por el plan solamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para Miembros**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, **los siguientes artículos y servicios no están cubiertos por nuestro plan:**

- Servicios que no se consideren “razonables y necesarios”, según las normas de Medicare y de la Asistencia Médica, salvo que nuestro plan indique que estos servicios son servicios cubiertos.
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Consulte el Capítulo 3 de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare o la Asistencia Médica lo paguen.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor.
- Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar. Las excepciones a este caso pueden ser algunos servicios, como la asistencia para el cuidado personal (personal care assistance, PCA) y los servicios de apoyos comunitarios dirigidos por el consumidor (CDCS).
- Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, rendimiento deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y rendimiento mental), excepto cuando sean médicamente necesarios.
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

-
- Cuidado de los pies de rutina, excepto según lo descrito en la sección Servicios de podiatría de la Tabla de Beneficios de la Sección D.
 - Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros artículos para la baja visión.
 - Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta.
 - Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales).
 - Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veteran Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios para emergencias en un hospital del Departamento de Asuntos de los Veteranos y el costo compartido según este Departamento sea mayor que el costo compartido conforme a nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus costos compartidos.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o una farmacia de pedidos por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por la Asistencia Médica. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare**, que generalmente incluyen medicamentos que le administran mientras usted esté en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare**, que incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Para obtener más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección F, “Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare”, del Capítulo 5.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Habitualmente, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección. Si un medicamento es un medicamento de la Parte D, no puede estar cubierto por el beneficio de la Asistencia Médica.

1. Un médico u otro proveedor debe emitir su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le dio una referencia para que usted reciba cuidado.
2. El profesional que le receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.
3. Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

-
4. Su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** del plan. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.
 - Si no está en la Lista de Medicamentos, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción.
 - Consulte la Sección D3 del Capítulo 9 para saber cómo solicitar una excepción.
 5. Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Es posible que su médico pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Índice

Sección A	Cómo surtir sus recetas.....	141
Sección A1	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red.....	141
Sección A2	Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta	141
Sección A3	Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red.....	141
Sección A4	Qué puede hacer si su farmacia deja la red	142
Sección A5	Uso de una farmacia especializada	142
Sección A6	Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos.....	143
Sección A7	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos ...	144
Sección A8	Uso de una farmacia que no está dentro de nuestra red	145
Sección A9	Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta	146
Sección B	La Lista de Medicamentos de nuestro plan	146
Sección B1	Medicamentos de la Lista de Medicamentos	146
Sección B2	Cómo buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos....	147
Sección B3	Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos	147
Sección B4	Niveles de la Lista de Medicamentos	148
Sección C	Límites en algunos medicamentos	148
Sección D	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	150
Sección D1	Cómo obtener un suministro temporal.....	150
Sección D2	Cómo solicitar un suministro temporal.....	151
Sección D3	Cómo solicitar una excepción.....	151
Sección E	Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	152
Sección F	Cobertura de medicamentos en casos especiales	154
Sección F1	En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan	154
Sección F2	En un centro de cuidado a largo plazo.....	154
Sección F3	En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare.....	154

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos ...	155
Sección G1	Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura.....	155
Sección G2	Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	155
Sección G3	Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos	156

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A Cómo surtir sus recetas

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A2 Use su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta una receta

Para surtir su receta, **muestre su Tarjeta de ID de Miembro** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura su medicamento con receta cubierto.

Si no tiene consigo su Tarjeta de ID de Miembro cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o que consulte su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo. Luego puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicio al Cliente. Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A3 Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A4 **Qué puede hacer si su farmacia deja la red**

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, usted tiene que buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A5 **Uso de una farmacia especializada**

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene alguna dificultad para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A6 Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 30 días.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias**, donde podrá buscar las farmacias con servicio de medicamentos por correo dentro de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté dentro de la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegan en un plazo no mayor de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510**, (TTY) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia automáticamente surtirá las nuevas recetas que reciba de usted y le entregará los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entrega los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de nuestro plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento, por teléfono o por correo.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o posponer el pedido antes de que se lo envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para indicarles lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Si no desea recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo.

3. **Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo**

Para los resurtidos de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que se le debería estar por acabar su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que automáticamente prepara los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con la farmacia de pedidos por correo.

Indique a la farmacia por teléfono o por correo cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted para que esta pueda confirmar su pedido antes de hacer el envío.

Sección A7 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una condición médica crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente o a su Coordinador del Cuidado de la Salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Para ciertas clases de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento.

Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Optum Home Delivery es un servicio de Optum Rx, una farmacia con entrega a domicilio, un administrador de beneficios de farmacia y una compañía afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Rx para surtir sus medicamentos de mantenimiento. Su red tiene otras farmacias disponibles.

Sección A8 Uso de una farmacia que no está dentro de nuestra red

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan.

Pagamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

- **Medicamentos con receta para una emergencia médica**

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestro Formulario sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.

- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio**

Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo de nuestra red o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un Departamento de Emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

En estos casos, primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A9 **Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta**

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le hagamos un reembolso.

Para obtener más información sobre este tema, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros**.

NOTA: Si el medicamento está cubierto por la Asistencia Médica, no permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) le facturen estos medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran. Si usted pagó un medicamento que cree que deberíamos haber cubierto, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

Sección B **La Lista de Medicamentos de nuestro plan**

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.

Elegimos los medicamentos de la Lista de Medicamentos con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos también indica las reglas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubriremos un medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan cuando usted siga las reglas que explicamos en este capítulo.

Sección B1 **Medicamentos de la Lista de Medicamentos**

Nuestra Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos con receta y sin receta (OTC) cubiertos por la Asistencia Médica.

La Lista de Medicamentos incluye medicamentos genéricos y de marca.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los típicos (por ejemplo, los que se basan en una proteína) se llaman productos biológicos. En la Lista de Medicamentos, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, los genéricos surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca. Hable con su proveedor si tiene preguntas sobre si un medicamento genérico o uno de marca satisfarán sus necesidades.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Sección B2 **Cómo buscar un medicamento en la Lista de Medicamentos**

Para saber si un medicamento que toma está en nuestra Lista de Medicamentos, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan en **es.myuhc.com/communityplan**. La Lista de Medicamentos de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en la Lista de Medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Real Time Benefit Tool” (Herramienta de Beneficios en Tiempo Real) en **es.myuhc.com/communityplan** o llamar a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la Lista de Medicamentos para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha Lista que podrían tratar la misma condición.

Sección B3 **Medicamentos que no están en la Lista de Medicamentos**

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en nuestra Lista de Medicamentos porque la ley no permite que el plan los cubra. En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que usted deba pagarlo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de la Asistencia Médica) no puede pagar un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre sin costo los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su condición. Para tratar su condición, su médico puede recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha condición. Esto se llama “uso fuera de la indicación aprobada”. Nuestro plan generalmente no cubre los medicamentos cuando se recetan para un uso fuera de la indicación aprobada.

Además, por ley, ni Medicare ni la Asistencia Médica pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad.
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello.
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que fabrica una compañía que dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos.

Sección B4 Niveles de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de la Lista de Medicamentos de nuestro plan está asignado a un nivel de costo compartido. Lo que usted paga por un medicamento de la Lista de Medicamentos depende de que el medicamento sea genérico o de marca. Los medicamentos genéricos del Nivel 1 tienen el copago más bajo. Los medicamentos de marca del Nivel 1 tienen un copago más alto. Los productos y medicamentos sin receta tienen un copago de \$0.

Para saber el costo compartido de su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

El Capítulo 6 de la **Guía para Miembros** indica lo que usted paga por los medicamentos de cada nivel.

Sección C Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su condición médica. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, se espera que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, soliciten que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento genérico surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le dan la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su médico deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo (que suelen surtir el mismo efecto) antes de que el plan cubra medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma condición médica, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que el plan requiera que usted pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** le surte efecto, cubriremos el medicamento B. Este requisito se llama terapia escalonada.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web en **es.myuhc.com/communityplan**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura debido a alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de la **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección D Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto de la manera en que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento quizás no esté en nuestra Lista de Medicamentos. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites de cobertura. Según se explicó en la sección anterior (Límites en algunos medicamentos), algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que le receta podrían desear solicitarnos una excepción.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.

Sección D1 Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en nuestra Lista de Medicamentos o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - deja de estar en nuestra Lista de Medicamentos, o
 - nunca estuvo en nuestra Lista de Medicamentos, o
 - ahora tiene alguna limitación.
2. Su situación debe ser una de las siguientes:
 - Usted estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su **medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el uso indebido.
- Ha estado en el plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.

Sección D2 **Cómo solicitar un suministro temporal**

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente. Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro. Sus opciones son:

- Cambie el medicamento por otro.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que le surta efecto. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma condición médica. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

O

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción. Por ejemplo, pueden pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.

Sección D3 **Cómo solicitar una excepción**

Si un medicamento que usted está tomando se quitará de nuestra Lista de Medicamentos o se limita de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Le avisamos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la manera en que usted quisiera.
- Respondemos a su solicitud de excepción en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que le receta).

Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preaprobación (prior approval, PA) para un medicamento (permiso antes de poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usted toma un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos actual, **o**
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, **o**
- se retire un medicamento del mercado.

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra Lista de Medicamentos, usted siempre puede:

- Consultar nuestra Lista de Medicamentos actualizada en Internet en **es.myuhc.com/communityplan** **o**
- Llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para consultar nuestra Lista de Medicamentos actualizada.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Algunos cambios en nuestra Lista de Medicamentos sucederán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible.** A veces, aparece un nuevo medicamento genérico en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y que agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos hecho.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitamos de nuestra Lista de Medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, le avisaremos. El profesional que le receta también se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para buscar otro medicamento para su condición.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado **y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en nuestra Lista de Medicamentos **o**
 - Cambiamos los límites o las reglas de cobertura del medicamento de marca.

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de realizar el cambio en nuestra Lista de Medicamentos **o**
- Le avisaremos y le daremos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra Lista de Medicamentos que usted puede tomar en su lugar **o**
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento durante el resto del año.

Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales

Sección F1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Sección F2 En un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección F3 En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Si usted está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., un analgésico, un medicamento contra las náuseas, un laxante o un ansiolítico) que no están cubiertos por su centro porque no están relacionados con su pronóstico terminal ni con condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación, ya sea del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos, que indique que los medicamentos no están relacionados antes de que podamos cubrir los medicamentos.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Para evitar demoras en la entrega de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, usted puede pedir al profesional que le receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro. Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección G1 Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- Tal vez no sean necesarios porque usted toma otro medicamento que surte el mismo efecto.
- Tal vez no sean seguros para su edad o sexo.
- Podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo.
- Tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico.
- Tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos.

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

Sección G2 Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades complejas de salud. En tales casos, usted podría cumplir los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- Cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- Cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- Cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y sin receta

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, le inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección G3 Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus médicos, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos **de una cierta farmacia o de un cierto médico**
- **Limitar la cantidad** de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solo de un proveedor o de una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de responder, le enviamos otra carta que confirma las limitaciones.

Si piensa que cometimos un error, si no está de acuerdo con que usted esté en riesgo debido al uso indebido de medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que le receta pueden presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones al acceso a estos medicamentos, automáticamente enviaremos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Para obtener más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros.**)

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo cuidados paliativos o para el final de la vida, o
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de la Asistencia Médica

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por la Asistencia Médica, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por el plan como beneficios adicionales.

Dado que usted cumple los requisitos de la Asistencia Médica, recibe el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Para obtener más información sobre medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- Nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos**.
 - La llamamos “Lista de Medicamentos”. Le explica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si usted necesita una copia de nuestra Lista de Medicamentos, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra Lista de Medicamentos en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/communityplan**.
- El Capítulo 5 de esta **Guía para Miembros**.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
- Cuando usted usa la “Real Time Benefit Tool” para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección B2 del Capítulo 5), el costo que aparece es en “tiempo real”, lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.
- Nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
 - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que aceptan trabajar con nosotros.
 - El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica las farmacias de nuestra red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	La Explicación de Beneficios (EOB).....	160
Sección B	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos.....	161
Sección C	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	162
	Sección C1 Sus opciones de farmacias	162
	Sección C2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento.....	163
Sección D	Vacunas	163
	Sección D1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	163
	Sección D2 Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	163

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección A La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- **Los gastos de su bolsillo.** Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta.
- **Los costos totales de sus medicamentos.** Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta, más lo que pagamos nosotros.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través del plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios (EOB)**. La Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes.** El resumen detalla los medicamentos con receta que usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo pagado por el plan, así como lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha.** Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo.** Cuando hay alternativas de menor costo disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Usted puede hablar con el profesional que le receta para saber más.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se toman en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos sin receta. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con y sin receta están cubiertos por la Asistencia Médica. Estos medicamentos se incluyen en la Lista de Medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su Tarjeta de ID de Miembro.

Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que usted haya pagado. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

Las siguientes son algunas de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos.
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red.
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto.

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros**.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

4. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de Beneficios por correo, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden con los medicamentos que le recetó su médico?



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) o leer su **Guía para Miembros** de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) en **es.myuhc.com/communityplan**.

¿Qué puede hacer si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece estar bien en esta Explicación de Beneficios, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: **es.myuhc.com/communityplan**.

¿Qué se puede hacer ante un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP).
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Guarde estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Sección C **Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo**

Con nuestro plan, usted no paga nada por medicamentos cubiertos siempre y cuando siga las reglas del plan.

Sección C1 **Sus opciones de farmacias**

Lo que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros** para saber cuándo lo hacemos.
- Una farmacia de pedidos por correo.

Consulte el Capítulo 9 de la **Guía para Miembros** para saber cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no estará cubierto. Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros** y nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección C2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros** o el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de nuestro plan.

Sección D Vacunas

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Formulario) del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Formulario) de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas. Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de **la vacuna en sí**. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de **aplicarle la vacuna**. Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

Sección D1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si planea recibir una vacuna.

- Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre su vacuna

Sección D2 Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué es la vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en vez de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, la vacuna no le costará nada a usted.

Las siguientes son tres formas habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la aplican allí mismo.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico se la aplica.
 - Usted no paga nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.
 - En esta situación, el consultorio médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	166
Sección B	Cómo enviarnos una solicitud de pago.....	168
Sección C	Decisiones de cobertura.....	169
Sección D	Apelaciones	170

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A **Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos**

Usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan sus medicamentos y servicios cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por cuidado de la salud o medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la Sección B de este capítulo (Cómo enviar una solicitud de pago).

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó servicios cubiertos por Medicare, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si usted pagó servicios cubiertos por la Asistencia Médica, nosotros no podemos hacerle un reembolso, pero el proveedor sí lo hará. Servicio al Cliente puede ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicio al Cliente al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que usted recibió:

1. **Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red**

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el total cuando recibe el cuidado, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó el servicio de Medicare, le haremos un reembolso.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que usted muestre su Tarjeta de ID de Miembro cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Pero, en ocasiones, los proveedores cometen errores y le piden a usted que pague sus servicios o que pague más que su parte de los costos. **Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página si recibe alguna factura.**

- Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso podría haber sido el año pasado.)

- Si se le inscribió retroactivamente y usted pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos. Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo.
- Para obtener más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro

Si no lleva consigo su Tarjeta de ID de Miembro, puede pedir a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta o volver a la farmacia con su Tarjeta de ID de Miembro.
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunas situaciones, es posible que su médico u otro profesional que receta deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos el costo del medicamento.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de un medicamento con receta porque no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos) en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se aplica a su caso. Si usted decide obtenerlo, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si no lo paga, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente (en un plazo no mayor de 24 horas), pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunos casos, es posible que su médico u otro profesional que receta deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos el costo del medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, lo pagamos.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

Sección B Cómo enviarnos una solicitud de pago

No permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) le facturen servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

No debe pagar la factura. Envíenos la factura. También puede pedirle ayuda a su coordinador del cuidado de la salud. Para obtener más información detallada, consulte la Sección A de este capítulo o la Sección F5 del Capítulo 9.

En el caso de servicios de Medicare, envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal.**

Puede pedir ayuda a Servicio al Cliente o a su coordinador del cuidado de la salud.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener una copia del formulario en nuestro sitio web (es.myuhc.com/communityplan) o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos que tenga a esta dirección:

UnitedHealthcare
P.O. Box 5270
Kingston, NY 12402-5270

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Sección C Decisiones de cobertura

Cuando recibamos su solicitud de pago, tomaremos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos lo que usted debe pagar, si corresponde.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, lo pagaremos. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo por lo que pagó. Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El Capítulo 3 de su **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos.

El Capítulo 5 de su **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el Capítulo 9.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección D Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice “presentar una apelación”. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con lo que pagamos.

El proceso de apelación es un proceso formal que tiene procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**.

- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la Sección F del Capítulo 9.
- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la Sección G del Capítulo 9.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Usted tiene derecho a recibir información sobre la organización, sus servicios, sus profesionales médicos y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros. Debemos proporcionar la información de una forma que le resulte conveniente y que sea acorde a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Usted tiene derecho a participar, junto con los profesionales médicos, en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud. Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado y a mantener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones, independientemente del costo o de la cobertura de beneficios.

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros. Cómo obtener más información sobre sus derechos.

Índice

Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	173
Sección B	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	174
Sección C	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	175
	Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal	175
	Sección C2 Su derecho a consultar sus registros médicos.....	176
Sección D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	182
Sección E	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	183
Sección F	Su derecho a dejar nuestro plan	183

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.....	184
Sección G1	Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	184
Sección G2	Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo	184
Sección G3	Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones.....	186
Sección H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	186
Sección H1	Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos	186
Sección I	Sus responsabilidades como miembro del plan	187

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección A Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le presten de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además de inglés y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página o escriba a

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

Usted tiene derecho a recibir información sobre la **organización**, sus servicios, sus **profesionales médicos** y proveedores, y los derechos y responsabilidades de los miembros.

Usted tiene derecho a mantener una conversación sincera sobre las opciones de tratamiento adecuadas o médicamente necesarias para sus condiciones, **independientemente del costo o de la cobertura de beneficios**.

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Al Coordinador de Derechos Civiles del Departamento de Servicios Humanos de Minnesota al **651-431-3040** o use su servicio de retransmisión preferido.
- A la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección B **Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos**

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario y cómo elegir uno en el Capítulo 3 de su **Guía para Miembros**.
 - Llame a Servicio al Cliente o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** por Internet en es.myuhc.com/communityplan para saber más sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a usar un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es una aprobación de su proveedor de cuidado primario para usar otro proveedor.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios de proveedores de la red en un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el Capítulo 3 de su **Guía para Miembros**.
- Si necesita hablar o hacer una consulta con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le indicará cómo proceder. Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

El Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También explica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección C Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización consulte ni modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican nuestra calidad del cuidado.
- Debemos divulgar información de salud personal por orden judicial.
- Debemos dar su información de salud personal a Medicare. Si Medicare divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, lo hace según las leyes federales.
- Nosotros y los proveedores de salud que le atienden tenemos derecho a consultar la información sobre el cuidado de su salud. Cuando usted se inscribió en el Programa de Cuidado de la Salud de Minnesota, nos dio su consentimiento para que lo hagamos. Mantendremos la privacidad de esta información según la ley.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección C2 Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboramos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información de salud personal con terceros y de qué manera lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD
ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR SU INFORMACIÓN MÉDICA.
LE INDICA CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. LéALO
DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2023.

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted a acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de este aviso.

- La información de salud es información sobre su salud o sus servicios para el cuidado de la salud. Tenemos derecho a modificar nuestras prácticas de privacidad para administrar la información de salud. Si las modificamos, se lo notificaremos por correo o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en este sitio web (es.myuhc.com/communityplan). Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud. Recopilamos y guardamos su información de salud para llevar adelante nuestra actividad comercial. La información de salud puede ser oral, escrita o electrónica. Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información de salud. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal.
- Agencias del gobierno.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto debe ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para procesar los pagos de las primas y los reclamos. Esto puede incluir la coordinación de los beneficios.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Podemos recopilar y usar su información de salud, y compartirla con sus proveedores para ayudar con su cuidado.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Podemos sugerir un programa de bienestar o para el manejo de enfermedades. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Podemos compartir con su empleador información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para tomar decisiones sobre suscripción. No usaremos su información de salud genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud para enviarle recordatorios de citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Es posible que le enviemos correos electrónicos con cierta información de salud a través de métodos no cifrados. Existe un cierto riesgo de divulgación o interceptación del contenido de dichas comunicaciones.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.**
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Por ejemplo, a un familiar en una situación de emergencia. Esto puede ocurrir si usted no puede dar su consentimiento ni objetar. Si no puede objetar, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir brotes de enfermedades.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con las entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos.** Para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** Podemos compartir información de salud con agencias de salud pública u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Por ejemplo, en situaciones de emergencia o una catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Puede ser para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para los servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Para estudiar enfermedades o discapacidades.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o legista. Para identificar a la persona fallecida, encontrar la causa del fallecimiento o según lo indique la ley. Podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales u Organismos Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales** si es necesario para prestarle servicios. Nuestros socios se comprometen a proteger su información de salud. No tienen permitido usar su información de salud para ningún fin que no esté permitido por nuestro contrato con ellos.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Abuso de alcohol y de sustancias
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711,** o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos su información de salud según lo descrito aquí o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas sobre su psicoterapia, para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia promocional. Si usted nos permite compartir su información de salud, el receptor también podría compartirla. Usted puede retirar su consentimiento. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos.

- **A pedirnos que limitemos** el uso o la divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites.
Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Aceptaremos su solicitud si la divulgación pudiera representar un riesgo para usted. Aceptamos solicitudes verbales. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Puede pedir que su registro se envíe a un tercero. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Envíe esta solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de la información de salud compartida en los seis años antes de su solicitud. Esto no incluirá ninguna información de salud compartida por los siguientes motivos:
 - (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud;
 - (ii) con usted o con su consentimiento;
 - (iii) con instituciones correccionales u organismos responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web (es.myuhc.com/communityplan).

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud. Llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-844-368-5888** o al TTY/RTT **711** (o a su servicio de retransmisión preferido).
- **A pedirnos que corrijamos o enmendemos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, también puede pedirnos que borremos su información de salud. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group: AmeriChoice of New Jersey, Inc.; Arizona Physicians IPA, Inc.; Care Improvement Plus South Central Insurance Company; Care Improvement Plus of Texas Insurance Company; Care Improvement Plus Wisconsin Insurance; Health Plan of Nevada, Inc.; Optimum Choice, Inc.; Oxford Health Plans (NJ), Inc.; Physicians Health Choice of Texas, LLC; Preferred Care Partners, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization, Incorporated; UnitedHealthcare Benefits of Texas, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of California, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Texas, L.L.C.; UnitedHealthcare Community Plan, Inc.; UnitedHealthcare Community Plan of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company; UnitedHealthcare Insurance Company of America; UnitedHealthcare Insurance Company of River Valley; UnitedHealthcare of Alabama, Inc.; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Kentucky, Ltd.; UnitedHealthcare of Louisiana, Inc.; UnitedHealthcare of the Mid-Atlantic, Inc.; UnitedHealthcare of the Midlands, Inc.; UnitedHealthcare of the Midwest, Inc.; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New England, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of Pennsylvania, Inc.; UnitedHealthcare of Washington, Inc.; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc.; y UnitedHealthcare Plan of the River Valley, Inc. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite es.myuhc.com/communityplan.

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2023

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-844-368-5888** o al TTY/RTT **711** (o a su servicio de retransmisión preferido).



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

²A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a las entidades indicadas en la nota al pie 1, que comienza en la última página de los Avisos de Prácticas de Privacidad del Plan de Salud, además de las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: AmeriChoice Corporation; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; **gethealthinsurance.com** Agency, Inc. Genoa Healthcare, LLC; Golden Outlook, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Optum Health Care Solutions, Inc.; OptumHealth Holdings, LLC; Optum Labs, LLC; Optum Networks of New Jersey, Inc.; Optum Women’s and Children’s Health, LLC; OrthoNet of the South, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, Inc.; Renai Health IPA, LLC’ Renai Health Management, LLC; Sanvello Health, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Esta lista de planes de salud está completa a la fecha de vigencia de este aviso. Para obtener una lista actualizada de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://uhc.com/es/privacy/entities-fn-v2>.

Sección D Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. Este servicio es gratuito. Los materiales estarán disponibles en español, hmong y somalí. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar un plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - Información financiera
 - Cómo nos han calificado los miembros del plan
 - El número de apelaciones presentadas por los miembros
 - Cómo dejar nuestro plan
 - Los resultados de un estudio externo de revisión de la calidad realizado por el estado

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
 - Cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario
 - Títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - Cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
 - Si usamos un plan de incentivos para los médicos que afecte al uso de los servicios de referencia e información detallada del plan
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - Servicios (consulte los Capítulos 3 y 4 de su **Guía para Miembros**) y medicamentos (consulte los Capítulos 5 y 6 de su **Guía para Miembros**) cubiertos por nuestro plan
 - Límites en sus servicios y medicamentos cubiertos
 - Reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros**), lo que incluye pedirnos que:
 - Pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - Cambiemos una decisión que tomamos
 - Paguemos una factura que usted recibió

Sección E **Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted**

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que cobraron los proveedores. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros**.

Sección F **Su derecho a dejar nuestro plan**

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el Capítulo 10 de su **Guía para Miembros**:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de la Asistencia Médica si deja nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que le ayude a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Usted tiene derecho a obtener información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su condición y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Debemos informarle por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Negarse.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que generalmente no está cubierto.** A esto se le llama decisión de cobertura. El Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted.**
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo desea usted que se

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

maneje el cuidado de su salud si en algún momento no puede tomar decisiones por sí mismo, incluso sobre el cuidado que usted **no** desea.

El documento legal que usted usa para dar las instrucciones se llama “instrucciones por anticipado”. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud o una instrucción sobre el cuidado de la salud.

Usted no está obligado a tener instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo. Si desea usar instrucciones por anticipado, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle el formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Usted puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. Senior LinkAge Line® es una organización que proporciona a las personas información sobre Medicare o la Asistencia Médica, incluidos recursos para obtener un formulario en **minnesotahelp.info/**. Usted también puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir el formulario.
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su proveedor de cuidado primario, le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento.** También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, **lleve una copia con usted al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Pedir que se incluyan sus instrucciones por anticipado en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones por anticipado en cualquier momento.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G3 **Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones**

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la Oficina de Quejas sobre Centros de Salud del Departamento de Salud de Minnesota por teléfono al **651-201-4201** o al número gratuito **1-800-369-7994**.

Sección H **Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones**

El Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Por ejemplo, podría solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan presentaron contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para obtener esta información.

Sección H1 **Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos**

Si usted cree que le tratamos injustamente — y **no** es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el Capítulo 11 de nuestra **Guía para Miembros** — o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar:

- **A Servicio al Cliente**
- **Al Programa Senior LinkAge Line®** al **800-333-2433**. Para obtener información detallada sobre el programa Senior LinkAge Line®, consulte el Capítulo 2 de su **Guía para Miembros**.
- **Al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado de Minnesota** al **800-657-3729**. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el Capítulo 2 de su **Guía para Miembros**.
- **A Medicare** 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**. (También puede leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es.myuhc.com/communityplan](https://www.myuhc.com/communityplan).

Sección I Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, puede llamar a Servicio al Cliente.

- **Leer esta Guía para Miembros** para saber qué está cubierto y qué reglas seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los Capítulos 3 y 4 de su **Guía para Miembros**. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los Capítulos 5 y 6 de nuestra **Guía para Miembros**.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su Tarjeta de ID de Miembro cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
 - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
 - Entable una relación con un médico de cuidado primario de la red del plan antes de enfermarse. Esto les ayuda a usted y a su médico de cuidado primario a comprender su condición de salud completa.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Reciba cuidado de la salud preventivo. Reciba las vacunas, las pruebas y los exámenes recomendados para usted según su edad y sexo.
 - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de nuestros miembros, la Asistencia Médica paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Avisarnos si se muda.** Si planea mudarse, es importante que nos avise inmediatamente. Llame a Servicio al Cliente.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El Capítulo 1 de su **Guía para Miembros** explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si usted se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nuevo sitio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe su nueva dirección a Medicare y a la Asistencia Médica cuando se mude. Consulte el Capítulo 2 de su **Guía para Miembros** para ver los números de teléfono de Medicare y de la Asistencia Médica.
 - **Si se muda, pero sigue estando dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Llamar a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarlo a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

Si tiene un problema con su cuidado, puede llamar al Ombudsperson para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado al 651-431-2660 o al 1-800-657-3729, o al Servicio de Retransmisión de MN, TTY 711, o usar su servicio de retransmisión preferido.

Este capítulo explica las distintas opciones que usted tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado para que le oriente con su problema.

Para obtener más información sobre los programas del ombudsman que pueden ayudarlo a tratar sus inquietudes, consulte el Capítulo 2 de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud	192
	Sección A1 Información sobre los términos legales.....	192
Sección B	Dónde recibir ayuda.....	192
	Sección B1 Para obtener más información y ayuda.....	192
Sección C	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de la Asistencia Médica en nuestro plan	193
Sección D	Problemas con sus beneficios	194
Sección E	Decisiones de cobertura y apelaciones	194



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al 1-844-368-5888, TTY 711, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es.myuhc.com/communityplan.

	Sección E1	Decisiones de cobertura.....	194
	Sección E2	Apelaciones	195
	Sección E3	Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	195
	Sección E4	Qué sección de este capítulo puede ayudarle	196
Sección F	Cuidado médico.....		197
	Sección F1	Cómo usar esta sección	197
	Sección F2	Cómo solicitar una decisión de cobertura	198
	Sección F3	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	200
	Sección F4	Apelación de Nivel 2 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D de Medicare).....	204
	Sección F5	Problemas de pago.....	208
Sección G	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare		209
	Sección G1	Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	209
	Sección G2	Excepciones de la Parte D de Medicare	211
	Sección G3	Información importante sobre la solicitud de una excepción	211
	Sección G4	Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción	212
	Sección G5	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	214
	Sección G6	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	216
Sección H	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....		218
	Sección H1	Cómo se enterará de sus derechos de Medicare	219
	Sección H2	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1.....	220
	Sección H3	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	222
	Sección H4	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1.....	222
	Sección H5	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2.....	223
Sección I	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos.....		224
	Sección I1	Aviso antes de que termine su cobertura.....	225
	Sección I2	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado	225

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección I3	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	227
Sección I4	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1.....	227
Sección I5	Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2.....	228
Sección J	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	229
Sección J1	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	229
Sección J2	Apelaciones adicionales ante la Asistencia Médica.....	230
Sección J3	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	230
Sección K	Cómo presentar una queja	232
Sección K1	Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas	232
Sección K2	Quejas internas.....	233
Sección K3	Quejas externas.....	235



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección A Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted debe usar depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Para asegurar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

Sección A1 Información sobre los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, hemos usado palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación rápida”
- “Organización de Revisión Independiente” (IRO) en lugar de “Entidad de Revisión Independiente”

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

Sección B Dónde recibir ayuda

Sección B1 Para obtener más información y ayuda

A veces, puede ser complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga la información necesaria para dar el próximo paso.

Ayuda de parte del programa Senior LinkAge Line®

Puede llamar al programa Senior LinkAge Line®. Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer con respecto a su problema. El programa Senior LinkAge Line® no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del programa Senior LinkAge Line® es el **1-800-333-2433**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Ayuda e información de parte de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Teléfono para usuarios de TTY: **1-877-486-2048**.
- Visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov).

Ayuda e información de parte del Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado

Si necesita ayuda, siempre puede llamar al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado, que puede responder sus preguntas y explicarle qué hacer para resolver su problema. Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre los programas del ombudsman.

El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Puede explicarle qué proceso usar. El número de teléfono del Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado es el **651-431-2660** o el **1-800-657-3729**, o bien, llame al Servicio de Retransmisión de MN, TTY 711, o use su servicio de retransmisión preferido. Los servicios son gratuitos.

Cómo obtener información de parte del Programa Livanta BFCC-QIO

Puede llamar directamente a Livanta BFCC para pedir ayuda si tiene problemas. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Livanta BFCC:

- Llame al **1-888-524-9900**, de 9 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes; de 11 a.m. a 3 p.m., hora local, los fines de semana y días festivos. TTY: **1-888-985-8775**
- Visite el sitio web del programa Livanta BFCC-QIO en livantaqio.com/es

Sección C Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de la Asistencia Médica en nuestro plan

Usted tiene Medicare y la Asistencia Médica. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y de la Asistencia Médica. A veces, se le llama “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de la Asistencia Médica.

En ocasiones, los procesos de Medicare y de la Asistencia Médica no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de la Asistencia Médica. La **Sección F4** explica estas situaciones.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección D Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si el cuidado médico en particular (artículos o servicios médicos, o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, y la manera en que está cubierto, así como los problemas sobre el pago del cuidado médico.

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la **Sección E**: “Decisiones de cobertura y apelaciones”.

No. Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.

Consulte la **Sección K**: “Cómo presentar una queja”

Sección E Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago).

Sección E1 Decisiones de cobertura

¿Qué es una decisión de cobertura?

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le refiere a un especialista médico fuera de la red, esta referencia se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso (consulte la Sección H del Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.)

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que usted cree que necesita. **Si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que ya no se lo cubre Medicare ni la Asistencia Médica. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Sección E2 Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Los revisores que se encargan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de un artículo o servicio médico, o un medicamento de la Parte B de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de Medicaid, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

Sección E3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- A **Servicio al Cliente** a los números que se encuentran al final de la página.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) para recibir ayuda gratuita. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es una organización independiente. No tiene relación con este plan. En Minnesota, este programa se llama Senior LinkAge Line®. El número de teléfono es el **1-800-333-2433**, o bien, llame al Servicio de Retransmisión de MN, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido. Estas llamadas son gratuitas.
- Llame al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado para recibir ayuda gratuita. El Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado ayuda a las personas inscritas en la Asistencia Médica con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es el **651-431-2660** o el **1-800-657-3729**, o bien, llame al Servicio de Retransmisión de MN, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido.
- **A su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **A un amigo o un familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **A un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica.

Llene el formulario de Nombramiento de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a una persona a actuar por usted.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”. También puede obtener el formulario en

cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en nuestro sitio web en **es.myuhc.com/communityplan**. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

Sección E4 **Qué sección de este capítulo puede ayudarle**

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos información detallada de cada una en una sección aparte de este capítulo.

Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare”



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solamente se aplica a los siguientes servicios: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF].)

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Si necesita otra ayuda o información, llame al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado al **651-431-2660** o al **1-800-657-3729**, o bien, llame al Servicio de Retransmisión de MN, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido.

Sección F Cuidado médico

Esta sección explica lo que usted puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos el costo de su cuidado.

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado y servicios médicos, que se describen en el **Capítulo 4** de su **Guía para Miembros**. Generalmente, nos referimos a “cobertura de cuidado médico” o “cuidado médico” en el resto de esta sección. El término “cuidado médico” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare, que son medicamentos administrados por su médico o profesional de cuidado de la salud. Se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Sección F1 Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.
Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la Sección F2.
2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.
Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la Sección F3.
3. Usted recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.
Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la Sección F5.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que estaba cubierto, y desea que le hagamos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la Sección F5.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de cierto cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el cuidado médico. Consulte la Sección F4.

- Si la cobertura es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para saber más.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura de cierto cuidado médico, use esta sección (**Sección F**) como guía.

Sección F2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono: **1-844-368-5888**, TTY: **711** (o su servicio de retransmisión preferido)
- Por fax: **1-888-950-1170**
- Por escrito: P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Si presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación rápida**”.

Si necesita que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.
- Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de cuidado médico que ya recibió.
- Los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud** o perjudicar su capacidad funcional.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones.

- Si **Denegamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección F3).

En circunstancias limitadas, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo,
- o
- si usted pide que se la retire.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

Sección F3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, escríbanos o llámenos al **1-844-368-5888**.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita que un artículo o servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que usted deba nombrarle como su representante para que actúe en nombre de usted.

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

-
- Si la persona que presenta la apelación por usted no es su médico, incluya un formulario de Nombramiento de un Representante que le autorice a representarle. Puede obtener el formulario en [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf) o en nuestro sitio web en es.myuhc.com/communityplan.
 - Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario en un plazo no mayor de 44 días calendario después de recibir su solicitud de apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
 - Usted debe solicitar una apelación en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
 - Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
 - Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración rápida**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una apelación rápida.

Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una apelación rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que interrumpiremos o reduciremos los artículos o servicios que usted ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un artículo o servicio que usted recibe, le enviamos un aviso antes de entrar en acción.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una Apelación de Nivel 1 en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
 - Si usted cumple este plazo, recibirá el artículo o servicio sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Si **Denegamos de manera total o parcial su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no obtuvo, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si usted piensa que **no** deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
 - Si no le damos una respuesta en ese plazo o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 30 días calendario o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales:**

- Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Asistencia Médica, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección F4 **Apelación de Nivel 2 relacionada con servicios, artículos y medicamentos (no medicamentos de la Parte D de Medicare)**

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, la Asistencia Médica o ambos programas habitualmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre la Asistencia Médica, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que **podrían cubrir tanto Medicare como la Asistencia Médica**, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, artículo o medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre la Asistencia Médica, sus beneficios por ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicare

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” (**Independent Review Entity**, “**IRE**”).

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió la compañía para que sea la Organización de Revisión Independiente, y Medicare supervisa el trabajo que esta realiza.
- Enviamos información sobre su apelación (el “expediente de su caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue rápida en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue estándar en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta por escrito y le explica los motivos.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, debemos:
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas, o**
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar, o**
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o
 - **en un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.
 - Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles.
 - Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3.

Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicaid, o que está cubierto tanto por Medicare como por la Asistencia Médica

Una Apelación de Nivel 2 por los servicios que habitualmente cubre la Asistencia Médica es una Audiencia Imparcial ante el estado. En Minnesota, una Audiencia Imparcial se llama Audiencia Imparcial de Medicaid ante el Estado. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nuestra parte le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

Usted debe solicitar una Apelación Estatal **en un plazo no mayor de 120 días** después de la fecha de la decisión del plan sobre la apelación.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Envíe su solicitud por escrito por correo o por fax, o preséntela en persona en:

Minnesota Department of Human Services
Appeals Office
P.O. Box 64941
St. Paul, MN 55164-0941

Fax: **651-431-7523**

Formulario de Apelación en Internet: **edocs.dhs.state.mn.us/lfserver/Public/DHS-0033-ENG**

Un Juez de Servicios Humanos de la Oficina de Apelaciones Estatales celebrará la audiencia. La reunión se llevará a cabo por teléfono, a menos que usted pida que se haga en persona. Durante su audiencia, dígame al Juez por qué no está de acuerdo con la decisión tomada por el plan. Puede pedirle ayuda a un amigo, familiar, defensor, proveedor o abogado.

El proceso puede llevar entre 30 y 90 días. Si su audiencia es sobre un servicio requerido de urgencia y usted necesita una respuesta más rápida, comuníquelo a la Oficina de Apelaciones Estatales cuando presente su solicitud de audiencia. Si su audiencia es sobre una denegación de necesidad médica, puede pedir la opinión médica experta de un revisor externo. No tiene costo para usted.

Si necesita ayuda en cualquier momento del proceso, llame al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado al **651-431-2660** o al **1-800-657-3729**, o al Servicio de Retransmisión de MN, TTY **711**, o use su servicio de retransmisión preferido.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Acepta** de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, debemos autorizarlo o prestarlo en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Deniega** de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente o la oficina de Audiencias Imparciales deciden **Denegar** de manera total o parcial su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la Organización de Revisión Independiente, usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. **La carta que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.**

La carta que usted recibe de la oficina de Audiencias Imparciales describe la siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección J**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección F5 Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

No podemos reembolsarle directamente el costo de un servicio o artículo de Medicaid. Si recibe una factura por servicios o artículos cubiertos por Medicaid, envíenos la factura. **No debe pagar la factura.** Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso de parte de ese proveedor de cuidado de la salud si usted siguió las reglas para recibir los servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos el costo de un servicio o artículo de Medicare, o si nos pide que le paguemos a un proveedor de cuidado de la salud por un servicio o artículo de Medicaid que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura. Para obtener más información, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros**.

- Si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto, y usted siguió todas las reglas, le enviaremos al proveedor el pago del servicio o artículo en un plazo no mayor de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Su proveedor luego le enviará el pago a usted.
- Si usted aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de una decisión de cobertura ha sido **Aceptada**.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o artículo, y para explicarle por qué.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la Sección F3. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación.
- Si nos pide que le reembolsemos el costo de cuidado médico que recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.

Si **Denegamos** su apelación y Medicare habitualmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si esto ocurre, le enviaremos una carta.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si **Aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo no mayor de 60 días calendario.

- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”. Usted recibirá una carta que le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección J**.

Si **Denegamos** su apelación y la Asistencia Médica habitualmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información, consulte la Sección F4.

Sección G Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que la Asistencia Médica podría cubrir.

Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare. Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez. Para los medicamentos cubiertos únicamente por Medicaid, siga el proceso de la Sección E.

Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.

Sección G1 Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan o
 - no apliquemos una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como los límites sobre la cantidad que usted puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

NOTA: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Use la siguiente tabla como ayuda:

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?

Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento de la manera en que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)
Comience con la Sección G2 ; luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Pase a la Sección G4 .	Pase a la Sección G4 .	Pase a la Sección G5 .

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección G2 Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deben explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir que cubramos un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o que eliminemos una restricción a un medicamento a veces se dice solicitar una “**excepción al formulario**”.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos.

- Usted no puede obtener una excepción al copago requerido por el medicamento.

2. Eliminar una restricción a un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos (consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros** para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. (A veces, a esto se le llama “preautorización”.)
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener.

El término legal que a veces se usa para pedir que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento es solicitar una “excepción al formulario”.

Sección G3 Información importante sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Nuestra Lista de Medicamentos suele incluir más de un medicamento para tratar una condición específica. Se les llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo surte exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobaremos su solicitud de excepción.

Podemos Aceptar o Denegar su solicitud.

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la Sección G5 para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

Sección G4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al **1-844-368-5888**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Consulte la Sección E3 para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitar una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el Capítulo 7 de su **Guía para Miembros**.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo. También pueden informarnos al respecto por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”

Usaremos los “plazos estándar”, a menos que hayamos aceptado usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

-
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibimos la declaración de su médico.
-

Una “**decisión de cobertura rápida**” se llama “**determinación de cobertura rápida**”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se vería gravemente afectada si usamos los plazos estándar.
- Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la concedemos. Le enviamos una carta para informárselo.
- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta, decidimos si se la concedemos.
- Si decidimos que su condición médica no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta para informárselo. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Esto significa en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted no obtuvo

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le hacemos un reembolso en un plazo no mayor de 14 días calendario.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Sección G5 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare se llama “**redeterminación**” del plan.

- Para iniciar su **apelación estándar** o **rápida**, llame al **1-844-368-5888**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 60 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.
- **Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.**
- Una apelación rápida también se llama “**redeterminación rápida**”.
- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no obtuvo, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información, consulte la Sección G4.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y examinamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
 - Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no le damos una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas**, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 7 días calendario después de que recibamos su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si usted no obtuvo el medicamento y si su condición de salud lo requiere. Si usted cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar con la rapidez que requiera su salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento que compró en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión **en un plazo no mayor de 14 días calendario**, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos pagarle en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Sección G6 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usa el proceso de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando **Denegamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente**” (“IRE”).



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones explican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama “expediente de su caso”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito.

Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si esta acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la organización **Acepta** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su apelación por el reembolso del costo de un medicamento que usted compró.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide alcanza un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide es menor que el mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es final. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta que le informa cuál es el valor monetario mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple el requisito, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Debe consultar la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la Sección J para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección H Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudan con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección H1 **Cómo se enterará de sus derechos de Medicare**

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregarán un aviso por escrito llamado “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos”. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se les admite en un hospital.

Si usted no recibe el aviso, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede llamar 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**.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o la persona que actúe en nombre de usted pueden firmar el aviso.
 - La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información sobre sus derechos. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, obtendrá otra copia antes de ser dado de alta.

Puede ver una copia del aviso por adelantado si:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página
- Llame a Medicare 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**.
- Visite **[cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)**.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección H2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos verifican la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios de Medicare y ayudan a mejorarla. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

En Minnesota, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. Llame al: **1-888-524-9900** (TTY: **1-888-985-8775**). La información de contacto también se encuentra en el aviso “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” y en el Capítulo 2.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada.

- **Si usted llama antes de dejar el hospital**, puede quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que pague los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.
- **Si se le pasa el plazo** para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad con respecto a su apelación, apele directamente ante nuestro plan en su lugar. Consulte la **Sección G4** para obtener información sobre cómo presentar una apelación ante nosotros.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Llame al programa Senior LinkAge Line® al **1-800-333-2433** o al Servicio de Retransmisión de Minnesota, TTY **711**.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

Qué sucede durante la revisión rápida

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

-
- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
 - Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
 - Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta programada. La carta también le explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de alta es médicamente apropiada para usted.

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios del Servicio de Retransmisión de MN, TTY **711**, deben llamar al **1-877-486-2048** o usar su servicio de retransmisión preferido. O bien, usted puede encontrar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

En un plazo no mayor de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 1 y usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección H3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-524-9900** (TTY: **1-888-985-8775**).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Acepta su apelación

- Debemos reembolsarle los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Deniega su apelación

- Está de acuerdo con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección H4 Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

El plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para una Apelación de Nivel 1 es de 60 días o termina a más tardar en su fecha de alta del hospital programada. Si se le pasa el plazo de la Apelación de Nivel 1, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y solicítenos una “revisión rápida” de su fecha de alta del hospital.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

El término legal para “revisión rápida” es “**apelación rápida**”.

- Examinamos toda la información sobre su estadía en el hospital.
- Verificamos que la primera decisión haya sido imparcial y haya seguido las reglas.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar y le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas desde el momento en que usted solicitó una revisión rápida.

Si decimos • **Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para garantizar que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.**

a su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo con que usted necesita quedarse en el hospital después de la fecha de alta.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.

Si **Denegamos** su apelación rápida:

- Estamos de acuerdo con que su fecha de alta programada era médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados termina en la fecha que le dijimos.
- No pagaremos ninguno de los costos después de esta fecha.
- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que recibió después de la fecha de alta programada si usted se quedó en el hospital.
- Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para garantizar que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

Sección H5 **Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2**

Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de **Denegar** su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no tiene que hacer nada.

Si piensa que no cumplimos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Examina detenidamente toda la información sobre su alta del hospital y generalmente le da una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con que su fecha de alta del hospital programada fue médicamente apropiada.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección I Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata de tres tipos de servicios que usted podría estar recibiendo:

- servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, y
- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.

Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo antes de que terminen sus servicios.

Cuando su cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**.

Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección I1 **Aviso antes de que termine su cobertura**

Le enviamos un aviso por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”. El aviso por escrito le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. La firma del aviso solamente significa que usted obtuvo la información. El hecho de firmar no significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección I2 **Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para continuar con su cuidado**

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

Antes de comenzar su apelación, infórmese sobre lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
 - Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Minnesota, Senior LinkAge Line®, al **1-800-333-2433**; la llamada es gratuita. Llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al **711**.
- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** o el Capítulo 2 de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y cómo comunicarse con esta.
 - Pídale que revise su apelación y decida si debería cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación de tramitación rápida”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare” que le enviamos.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

-
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información detallada sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.
-

El término legal para el aviso por escrito es **“Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”**. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o llame a Medicare 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**. U obtenga una copia en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices**.

Qué sucede durante una apelación de tramitación rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
 - Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
 - Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que termina la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.
-

El término legal para la explicación del aviso es “Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura”.

- Los revisores le comunican su decisión en un plazo no mayor de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Acepta su apelación:

- Prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad Deniega su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le dijimos.
 - Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
 - Usted paga el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios después de la fecha en que termine su cobertura
-



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección I3 **Cómo presentar una Apelación de Nivel 2**

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-524-9900** (TTY: **1-888-985-8775**).

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solamente si continúa con el cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Proporcionaremos cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección I4 **Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1**

Según se explica en la **Sección I2**, usted debe actuar con rapidez y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su Apelación de Nivel 1. Si se le pasa el plazo, puede usar un proceso de “Apelación Alternativa”.

Comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y solicítenos una “revisión rápida”.

El término legal para “revisión rápida” es “apelación rápida”.

- Examinamos toda la información sobre su caso.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Verificamos que la primera decisión haya sido imparcial y haya seguido las reglas cuando establecimos la fecha para terminar la cobertura de sus servicios.
- Usamos los plazos rápidos en lugar de los plazos estándar y le comunicamos nuestra decisión en un plazo no mayor de 72 horas desde el momento en que usted solicitó una revisión rápida.

Si **Aceptamos** su apelación rápida:

- Aceptamos que usted necesita los servicios durante más tiempo.
- Le prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.
- Aceptamos reembolsarle los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Si **Denegamos** su apelación rápida:
 - Nuestra cobertura de estos servicios termina en la fecha que le dijimos.
 - No pagaremos ninguno de los costos después de esta fecha.
 - Usted paga el costo total de estos servicios si sigue recibéndolos después de la fecha en que le dijimos que nuestra cobertura terminaría.
 - Enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para garantizar que seguimos todas las reglas. Cuando hacemos esto, su caso pasa automáticamente al proceso de apelación de Nivel 2.

Sección I5 Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 2

- Enviamos la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo no mayor de 24 horas después de denegar su Apelación de Nivel 1. Lo hacemos automáticamente. Usted no tiene que hacer nada.
- Si piensa que no cumplimos este plazo o cualquier otro plazo, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener información sobre cómo presentar quejas.
- La Organización de Revisión Independiente realiza una revisión rápida de su apelación. Examina detenidamente toda la información sobre su alta del hospital y generalmente le da una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación:



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la Sección J para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección J Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección J1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no alcanza un cierto valor monetario mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente sobre su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión en una apelación de Nivel 3 es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud de revisar la decisión de una Apelación de Nivel 3 que es favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **Deniega** nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

Sección J2 **Apelaciones adicionales ante la Asistencia Médica**

Si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por la Asistencia Médica, usted también tiene más derechos de apelación. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación. Si no está de acuerdo con la decisión del proceso de Apelación Estatal (Audiencia Imparcial de Medicaid ante el estado), puede llamar al secretario del condado para apelar ante el Tribunal del Distrito de su condado. Tiene 30 días para presentar una apelación ante el Tribunal del Distrito.

Si necesita ayuda en cualquier etapa del proceso, puede llamar al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado al **651-431-2660** o al **1-800-657-3729**, o al Servicio de Retransmisión de MN, TTY **711**, o usar su servicio de retransmisión preferido.

Sección J3 **Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare**

Esta sección puede serle útil si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o abogado adjudicador **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal de Distrito Federal.

Sección K Cómo presentar una queja

Sección K1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado de la salud y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Usted piensa que le están forzando a dejar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia en otros idiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o español). • Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene problemas para hacer una cita o espera demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación. • Usted piensa que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos. • Usted piensa que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.

Hay diferentes clases de quejas. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y ésta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar al Ombudsman para los Programas Públicos de Cuidado de Salud Administrado al **651-431-2660** o al **1-800-657-3729**, o al Servicio de Retransmisión de MN, TTY **711**, o usar su servicio de retransmisión preferido.

Sección K2 Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, usted debe presentarla **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que usted tuvo el problema por el que desea quejarse. Si presenta una queja después de este periodo de 60 días calendario, consideraremos si hay un buen motivo para la presentación tardía.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.
- Debemos recibir su queja en un plazo no mayor de 60 días calendario a partir del evento o incidente sobre el que se está quejando. Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le proporcionamos información incorrecta, etc.), infórmenos y tal vez podamos aceptar su queja después del plazo de 60 días. Trataremos su queja lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomarnos 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.

Si su queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal rápida”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su condición de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo no mayor de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo aproximado en el que recibirá la respuesta.
- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección K3 Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Queja de Medicare está disponible en: **es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. No es necesario que usted presente una queja ante UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está tratando su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Puede informar al Departamento de Salud de Minnesota sobre su queja

Managed Care Systems
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

También puede presentar una queja en

health.state.mn.us/facilities/insurance/clearinghouse/complaints

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, puede visitar **hhs.gov/ocr**.

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local:

Office of Civil Rights, Midwest Region
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, IL 60601

Llame al **1-800-368-1019**, envíe un fax al **1-202-619-3818** o envíe un correo electrónico a **ocrmail@hhs.gov**.

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA).

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

-
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, colaboramos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Guía para Miembros**.

En Minnesota, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta. El número de teléfono de Livanta es el **1-888-524-9900** (TTY: **1-888-985-8775**).

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo usted puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y Asistencia Médica siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan.....	238
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	239
Sección C	Cómo recibir sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica por separado.....	239
	Sección C1 Maneras de recibir sus servicios de Medicare	239
	Sección C2 Sus servicios de la Asistencia Médica.....	242
Sección D	Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	243
Sección E	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan.....	243
Sección F	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud	244
Sección G	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan.....	244
Sección H	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan	245

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección A Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene la Asistencia Médica, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente por única vez durante cada uno de los siguientes **Períodos de Inscripción Especial**:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Además de estos tres períodos de Inscripción Especial, usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- Usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- Sus requisitos de participación en la Asistencia Médica o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado, o
- Recientemente se haya mudado a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos.

Su membresía termina el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura de nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la Sección C1.
- Servicios de la Asistencia Médica en la Sección C2.

Para obtener más información sobre cuándo puede terminar su membresía, puede llamar:

- A Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. También se indica el número para los usuarios de TTY.
- A Medicare 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**.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al **1-800-333-2433**. En Minnesota, se llama programa Senior LinkAge Line®. Los usuarios del Servicio de Retransmisión de MN, TTY, deben llamar al **711** o usar su servicio de retransmisión preferido. Estas llamadas son gratuitas.

NOTA: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

Sección B **Cómo terminar su membresía en nuestro plan**

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no eligió un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentar una solicitud por escrito ante nosotros. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la Sección C de este capítulo.

Sección C **Cómo recibir sus servicios de Medicare y de la Asistencia Médica por separado**

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid si decide dejar nuestro plan.

Sección C1 **Maneras de recibir sus servicios de Medicare**

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Otro plan de salud de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios del Servicio de Retransmisión de MN, TTY, deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, este programa se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas. <p>O</p> <ul style="list-style-type: none">• Inscribese en un nuevo plan de Medicare. <p>Cuando comienza la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente.</p> <p>Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica (Medicaid) si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ que esté disponible en su condado. Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica (Medicaid) mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica (Medicaid).</p>
--	---

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios del Servicio de Retransmisión de MN, TTY 711, deben llamar al o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, este programa se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas.• O• Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.• Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente. <p>Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica (Medicaid) si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ que esté disponible en su condado. Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica (Medicaid) mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica (Medicaid).</p>
---	--

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al programa Senior LinkAge Line® al 1-800-333-2433 (los usuarios de TTY deben llamar al 711 o usar su servicio de retransmisión preferido), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del programa Senior LinkAge Line®, visite seniorlinkageline.com.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-333-2433 (los usuarios del Servicio de Retransmisión de MN, TTY 711, deben llamar al o usar su servicio de retransmisión preferido). En Minnesota, este programa se llama Senior LinkAge Line®. Estas llamadas son gratuitas. <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.</p> <p>Si usted decide dejar nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica (Medicaid) si nuestro plan MSC+ se ofrece en su condado. Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Si nuestro plan no tiene un plan MSC+ en su condado, se le inscribirá en el plan MSC+ que esté disponible en su condado. Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas. Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica (Medicaid) mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica (Medicaid).</p>
--	--

Sección C2 Sus servicios de la Asistencia Médica

Si deja nuestro plan, se le inscribirá automáticamente en el plan Minnesota Senior Care Plus (MSC+) de nuestro plan para recibir sus servicios de la Asistencia Médica.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Puede solicitar por escrito que se le inscriba en el plan MSC+ en el que estaba inscrito antes de su inscripción en MSHO de nuestro plan. Comuníquese con el empleado financiero de su condado si tiene preguntas.

Si actualmente tiene una deducción de gastos médicos y decide dejar nuestro plan, se le proporcionará su Asistencia Médica mediante la tarifa por servicio. No se le inscribirá en otro plan de salud para recibir los servicios de la Asistencia Médica.

Sección D Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase cierto tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid. Durante este tiempo, usted sigue recibiendo el cuidado de su salud y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que termina su membresía en UHC Dual Complete® (HMO D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

Sección E Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan

Debemos terminar su membresía en el plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted deja de calificar para la Asistencia Médica. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para la Asistencia Médica.
 - Si tiene Medicare y deja de cumplir los requisitos de la Asistencia Médica, nuestro plan seguirá proporcionando los beneficios del plan durante un máximo de tres meses.
 - Si después de tres meses usted no ha recuperado la Asistencia Médica, la cobertura de nuestro plan terminará.
 - Usted tendrá que elegir un nuevo plan de la Parte D de Medicare para seguir obteniendo cobertura para los medicamentos cubiertos por Medicare.
 - Si necesita ayuda, puede llamar al programa Senior LinkAge Line® al **1-800-333-2433** (los usuarios del Servicio de Retransmisión de MN, TTY, deben llamar al **711** o usar su servicio de retransmisión preferido). Estas llamadas son gratuitas.
- Si no paga su excedente en gastos médicos, según corresponda.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, debe llamar a Servicio al Cliente para saber si el lugar al que se mudará o al que viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Podemos obligarle a dejar nuestro plan por los siguientes motivos solamente si recibimos primero el permiso de Medicare y de la Asistencia Médica (Medicaid):

- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta coordinar su cuidado médico y el de otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su Tarjeta de ID de Miembro para recibir cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si terminamos su membresía por este motivo.)

Sección F Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

Si usted piensa que se le está pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección G Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Además, puede consultar el Capítulo 9 (Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) para obtener información sobre cómo presentar una queja.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección H Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Aviso sobre las leyes	247
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación.....	247
Sección C	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y la Asistencia Médica como pagador de último recurso.....	248
Sección D	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	248
Sección E	Responsabilidad civil del miembro	249
Sección F	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	249
Sección G	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil.....	250
Sección H	Motivos de fuerza mayor.....	250
Sección I	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes	251
Sección J	Evaluación de la tecnología	251
Sección K	Declaraciones del miembro	251
Sección L	Información disponible a solicitud.....	252
Sección M	Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el año 2024	252
Sección N	Compromiso	253
Sección O	Términos y Condiciones del Programa Renew Active™	253



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite es.myuhc.com/communityplan.

Sección A Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para Miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si la **Guía para Miembros** no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y de Asistencia Médica. También se aplican las leyes estatales sobre el programa de Asistencia Médica. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

Sección B Aviso sobre antidiscriminación

No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Además, no le tratamos diferente por su estado civil, su condición médica, sus creencias políticas, su situación con respecto a la asistencia pública ni la recepción de servicios de salud.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar **[hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr)**.

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local:

- Office of Civil Rights, Midwest Region, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601.
- Llame al **1-800-368-1019**
- Envíe un fax a **1-202-619-3818**
- Envíe un correo electrónico a **ocrmail@hhs.gov**
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles, de Midwest Region, en 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601. También puede llamar a los números gratuitos indicados anteriormente, enviar un fax al **1-202-619-3818** o enviar un correo electrónico a **ocrmail@hhs.gov**.
- Llame al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (MDHR) al **1-800-657-3704**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711** (o a su servicio de retransmisión preferido). Estas llamadas son gratuitas. Para obtener más información, también puede visitar **[mn.gov/mdhr](https://www.mn.gov/mdhr)**.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección C Aviso sobre Medicare como segundo pagador y la Asistencia Médica como pagador de último recurso

A veces, un tercero debe pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y normas federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios para el cuidado de la salud prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que la Asistencia Médica sea el pagador de último recurso.

Sección D Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que la haya causado, debe notificarnos rápidamente dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta que establece lo que pagamos por los servicios que se prestaron en relación con la enfermedad o lesión. Si usted recupera una cantidad cualquiera de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa recuperación por los pagos que realizamos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

1. **Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida.** Si nuestros pagos son menores que el total restituido recibido de un tercero (la “cantidad restituida”), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a. **Primero:** Determine el índice de los costos de adquisición en relación con la cantidad restituida (el término “costos de adquisición” significa los gastos y costos legales en los que se incurrió para llegar a un acuerdo o fallo).
 - b. **Segundo:** Aplique el índice calculado anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
 - c. **Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El saldo es lo que debe reembolsarnos.
2. **Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida.** Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, lo que debe reembolsarnos es el total restituido menos el total de los costos de adquisición.
3. **Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a hacernos el reembolso.** Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opone a hacernos el reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:
 - a. Los pagos que realizamos en nombre de usted por los servicios; o

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

b. la cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta otorgarnos una cesión y un reclamo y un derecho de retención de cualquier cantidad restituida mediante una satisfacción de deuda, fallo o veredicto. Es posible que le exijamos oficial documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la cesión, el reclamo o el derecho de retención para constatar nuestro derecho a un reembolso, y usted acepta hacerlo.

Sección E Responsabilidad civil del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de un proveedor por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos. Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios no cubiertos, excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio durante un viaje (se debe recibir en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor fuera de la red, ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios.

Sección F Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios conforme a Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni de investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia se consideran apropiadas para el servicio, en términos de si el servicio:
 1. Se presta según los estándares de la medicina aceptados para el diagnóstico o el tratamiento de la condición del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
 2. Se presta en un centro apropiado para la condición y las necesidades médicas del paciente;
 3. Es indicado y prestado por personal calificado;
 4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
 5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección G **Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil**

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir el pago proveniente de la cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos de dicha cobertura cuando esté disponible. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos pedir un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o estatales. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para el cuidado de la salud excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para que obtengamos el pago de la compañía de seguros de su cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.**

Sección H **Motivos de fuerza mayor**

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores de la red no están a su disposición para prestar los servicios de salud o hacer los arreglos necesarios para que sean prestados conforme a esta Guía para Miembros y Divulgación de Información, intentaremos hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos en la medida en que sea factible y según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor de la red tendremos ninguna responsabilidad civil ni obligación por no prestar los servicios cubiertos o no hacer los arreglos necesarios para que sean prestados, o por demorarnos en hacerlo si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección I Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre nosotros y los proveedores y hospitales de nuestra red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados ni agentes de UnitedHealthcare Insurance Company ni de ninguna de sus compañías afiliadas. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nuestro nombre. Ni nosotros ni ninguno de los empleados de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas somos empleados ni agentes de los proveedores u hospitales de la red.

Sección J Evaluación de la tecnología

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para comenzar a ser Servicios Cubiertos. Si la tecnología se convierte en un Servicio Cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier copago, coseguro y deducible del miembro u otras contribuciones de pago que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del miembro en particular, la revisión de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

Sección K Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán afirmaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Guía para Miembros, ni se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

? **Si tiene preguntas**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Sección L Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad
- Datos estadísticos sobre quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

Sección M Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el año 2024

Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2024

Cómo puede combatir el fraude relacionado con el cuidado de la salud

Nuestra compañía tiene el compromiso de prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si usted identifica un posible caso de fraude, avisenoslo inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude relacionados con Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud — como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos médicos — le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un distribuidor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare.

Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de AARP® Medicare Advantage (HMO-POS) al **1-800-643-4845 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Esta línea directa le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza de que nuestra organización no tomará ninguna medida en contra de usted por denunciar de buena fe un posible caso de fraude.

También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) por teléfono al **1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)** o directamente ante el programa Medicare si llama al **1-800-633-4227**. El número de fax de Medicare es el **1-717-975-4442** y el sitio web es **es.medicare.gov**.

Sección N Compromiso

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de denegación de la cobertura; 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a otros profesionales de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y 3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

Sección O Términos y Condiciones del Programa Renew Active™

Requisitos de Participación

Solo los miembros inscritos en un Plan de Medicare participante asegurado por UnitedHealthcare Insurance Company (“UnitedHealthcare”) y sus compañías afiliadas cumplen los requisitos para participar en el programa Renew Active (el “Programa”), que incluye, entre otros, acceso a membresías estándar en un programa de acondicionamiento físico en gimnasios o centros de acondicionamiento físico participantes, proveedores de servicios cognitivos y de acondicionamiento físico en Internet, comunidades digitales, eventos, clases y descuentos para la entrega de comidas sin costo adicional. Al inscribirse en el Programa, por medio del presente documento, usted acepta que está legalmente obligado por estos Términos y Condiciones.

Requisitos de Inscripción

La membresía y participación en el Programa es voluntaria. Usted debe inscribirse en el Programa según las instrucciones proporcionadas en este sitio web. Una vez inscrito, debe obtener su código de confirmación y usarlo al registrarse para cualquier servicio del Programa. Proporcione su código de confirmación cuando visite un gimnasio o un centro de acondicionamiento físico participante para recibir acceso a una membresía estándar sin costo adicional, cuando se registre con proveedores de servicios cognitivos o de acondicionamiento físico en Internet, cuando se inscriba

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

en la Comunidad Fitbit® para Renew Active y para tener acceso a los descuentos incluidos. Tenga en cuenta que, al usar su código de confirmación, usted está eligiendo divulgar que es un miembro del programa Renew Active con un plan de Medicare de UnitedHealthcare participante.

La inscripción en el Programa es individual y la exención de pago de la tarifa de membresía mensual del Programa por los servicios de membresía estándar en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes solo se aplica a membresías individuales. Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios sin cobertura o de los productos y servicios tarifados similares ofrecidos por proveedores de servicios del Programa (incluidos, entre otros, gimnasios o centros de acondicionamiento físico, ofertas digitales de acondicionamiento físico, proveedores de servicios cognitivos digitales, Fitbit y otras ofertas de servicios externos disponibles a través del Programa), que incluyen, entre otros, tarifas asociadas con sesiones de entrenamiento personal, clases especializadas, niveles optimizados de membresía en los centros, más allá del nivel básico o estándar de membresía, y entrega de comidas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio y el plan.

Exención de Responsabilidad

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, siempre consulte a un médico. Algunos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico en Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare u otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de la información ni de los servicios proporcionados por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias y compañías afiliadas no avalan ni son responsables de la información ni los servicios proporcionados por terceros, ni del contenido de cualquier sitio web vinculado, ni tampoco de lesiones que usted pueda sufrir mientras participa en cualquiera de las actividades del Programa.

Otros Requisitos

Usted debe verificar que el gimnasio, el centro de acondicionamiento físico o el proveedor de servicios en particular participe en el Programa antes de inscribirse. Si un proveedor de servicios del Programa que usted usa, como un gimnasio o un centro de acondicionamiento físico, deja de participar en el Programa, se discontinuará su participación en el Programa y su exención de pago de la tarifa de membresía mensual con dicho proveedor de servicios a través del Programa hasta que usted se inscriba en otro servicio ofrecido por un proveedor de servicios participante. Si usted decide seguir recibiendo servicios de un proveedor de servicios una vez que este deje de participar en nuestro Programa, usted será responsable de pagar las tarifas de membresía estándar de dicho proveedor de servicios. Si desea cancelar su membresía con dicho proveedor

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

de servicios, puede optar por hacerlo según la norma de cancelación del proveedor de servicios correspondiente, incluso del gimnasio o del centro de acondicionamiento físico correspondientes. Debe revisar sus derechos de cancelación con un proveedor de servicios cuando elige inicialmente inscribirse con dicho proveedor de servicios.

Requisitos de Datos

Optum (el administrador del Programa) o su proveedor de servicios recopilarán y enviarán o recibirán electrónicamente su información personal mínima requerida para facilitar el Programa según los requisitos de las leyes vigentes, incluso las leyes de privacidad. Dicha información personal requerida incluye, entre otros datos, el código de confirmación del programa, la ID de membresía en el gimnasio, centro de acondicionamiento físico o proveedor, el año y mes de actividad, y el recuento de visitas mensuales. Al inscribirse en el Programa, usted autoriza a Optum a solicitar dicha información personal y a cada proveedor de servicios a proporcionarla.

© 2022 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda su **Guía para Miembros**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Agencia estatal de Medicaid: En Minnesota, esta agencia es el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Anestesia: Medicamentos que le inducen el sueño para una operación.

Apelación: Manera en la que usted cuestiona nuestra forma de actuar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. El Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Apelación Estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una audiencia. Si la audiencia se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que pidió. Usted debe solicitar una audiencia por escrito. Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con algo de lo siguiente:

- Una denegación, cancelación o reducción de un servicio
- La inscripción en el plan
- La denegación total o parcial de un reclamo o un servicio
- El hecho de que no actuemos dentro de los plazos requeridos para las apelaciones y preautorizaciones
- Cualquier otra medida

Apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS): Ayudan a mejorar una condición médica a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los apoyos y servicios a largo plazo incluyen Servicios en la Comunidad y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF).

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente también es el área donde puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Asistencia Médica: Es el nombre del programa de Medicaid de Minnesota. La Asistencia Médica es administrada por el estado y la pagan el estado y el gobierno federal. Ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

- Cubre servicios y algunos medicamentos adicionales que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según el estado, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o de un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.

Aviso de Resolución: Un formulario o carta que le enviamos para informarle una decisión sobre un reclamo, un servicio o cualquier otra resolución tomada por nuestro plan. A esto también se le llama Denegación, Cancelación o Reducción (Denial, Termination, or Reduction, DTR).

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. El Capítulo 2 de su **Guía para Miembros** explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Certificable para asilo de convalecencia: Decisión de que usted necesita el nivel de cuidado de un asilo de convalecencia. Para decidir, un evaluador usa un proceso llamado Consulta de Cuidado a Largo Plazo.

Clínica de cuidado primario (primary care clinic, PCC): Centro en el que usted recibe la mayor parte de los servicios para el cuidado de la salud que necesita, como los exámenes médicos anuales, y que ayuda a coordinar su cuidado. Es posible que tenga que elegir una clínica de cuidado primario cuando se inscriba en nuestro plan.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa las apelaciones de nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador del cuidado de la salud: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Cuidado de asistencia médica a domicilio: Servicios para el cuidado de la salud para tratar una enfermedad o lesión, que se prestan en el domicilio o en la comunidad donde el miembro vaya para realizar las actividades normales de la vida.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado de enfermería especializada: Cuidado o tratamiento que solamente pueden proporcionar las enfermeras con licencia.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Cuidado hospitalario para pacientes ambulatorios: Cuidado en un hospital que normalmente no requiere una estadía de una noche. Una estadía de una noche para observación podría ser cuidado para pacientes ambulatorios.

Cuidado requerido de urgencia: Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o condición repentina que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Usted puede recibir cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no haya proveedores de la red a su disposición o cuando usted no pueda visitarlos.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Cuidados paliativos: Los cuidados paliativos ayudan a las personas que tienen enfermedades graves a sentirse mejor. Previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de las enfermedades y los tratamientos. Los cuidados paliativos también tratan los problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que pueden surgir a causa de las enfermedades. Los cuidados paliativos se pueden proporcionar al mismo tiempo que los tratamientos destinados a curar o tratar las enfermedades. Los cuidados paliativos se pueden proporcionar cuando se diagnostican las enfermedades, a lo largo de los tratamientos, durante el seguimiento y al final de la vida.

Cuidados paliativos: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Un pronóstico terminal se refiere a que una persona tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagaremos por sus servicios de salud. El Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El Capítulo 9 de su **Guía para Miembros** explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Una emergencia médica se da cuando usted o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o limitación grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una lesión grave o dolor grave. A esto también se le llama una condición médica de emergencia.

Equipo de cuidado de la salud: Consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT) (o Equipo de cuidado de la salud): Un equipo de cuidado de la salud puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite. Su equipo de cuidado de la salud también le ayuda a elaborar un plan de cuidado.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Estudio Externo de Revisión de la Calidad: Estudio sobre la calidad, la puntualidad y el acceso al cuidado que proporciona UHC Dual Complete® (HMO D-SNP). Este estudio es externo e independiente.

Evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA): Revisión de su historial médico y de su condición actual. Se usa para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestro costo compartido por los servicios. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente.

Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Farmacia que ha convenido surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han convenido trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha convenido trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Guía para Miembros y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Herramienta de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma condición de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospitalización: Cuidado en un hospital que requiere la admisión como paciente hospitalizado y normalmente requiere una estadía de una noche. Una estadía de una noche para observación podría ser cuidado para pacientes ambulatorios.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa las apelaciones de nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos con receta y sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la Lista de Medicamentos se le llama “formulario”.

Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Servicio específico o grupo definido de servicios prestados por proveedores de cuidado de la salud, incluidos los farmacéuticos, para asegurar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su **Guía para Miembros**.

Medicamento necesario: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una condición médica, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares de la medicina aceptados. El cuidado médicamente necesario es apropiado para su condición. Esto incluye el cuidado relacionado con las condiciones físicas y la salud mental. Incluye el tipo y el nivel de los servicios. Incluye el número de tratamientos. También incluye dónde recibe los servicios y durante cuánto tiempo. Los servicios médicamente necesarios deben:

- ser los servicios que otros proveedores generalmente indicarían.
- ayudarlo a mejorar o a mantenerse tan bien como está.
- ayudar a evitar que su condición empeore.
- ayudar a prevenir y detectar problemas de salud.

Medicamento de marca: Medicamento con receta que elabora y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos.

Los medicamentos genéricos habitualmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Medicamento genérico: Medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos con receta: Medicamentos y principios activos que solo se pueden suministrar si se tiene una indicación dada por una persona debidamente autorizada.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con y sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Beneficiario de Medicare y de Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama “personas con elegibilidad doble”.

Minnesota Senior Care Plus (MSC+): Programa en el que el estado tiene contratos con planes de salud para cubrir y administrar el cuidado de la salud y los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores para los miembros de la Asistencia Médica mayores de 65 años.

Minnesota Senior Health Options (MSHO): Programa en el que el estado y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid tienen contratos con planes de salud, incluso nuestro plan, para que presten servicios únicamente a los adultos de edad avanzada que cumplan los requisitos tanto de Medicare como de la Asistencia Médica, incluidos aquellos cubiertos por MSC+.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos). Por ejemplo, medicamentos genéricos, de marca o sin receta (OTC). Cada medicamento de la Lista de Medicamentos está asignado a uno de 3 niveles. Todos los medicamentos del mismo nivel tienen el mismo copago. Para obtener más información y ejemplos, consulte la Lista de Medicamentos.

Ombudsperson: Oficina de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Usted puede encontrar más información en los Capítulos 2 y 9 de su **Guía para Miembros**.

Organización de revisión independiente (independent review organization, IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal le paga a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Para obtener información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el Capítulo 2 de su **Guía para Miembros**.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no fue admitido formalmente, aún se le podría considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como pruebas de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o condición. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Persona con elegibilidad doble: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid.

Plan de cuidado: Consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.

Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) (o Plan de Cuidado): Plan que describe qué servicios usted recibirá y la forma en que los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios para la salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo.

Plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS): Como miembro de este plan de Punto de Servicio (POS), usted puede recibir los servicios cubiertos de parte de proveedores de la red. También puede recibir servicios dentales de rutina cubiertos de proveedores que no tienen un contrato con UnitedHealthcare.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Planificación familiar: Información, servicios y suministros para ayudar a una persona a tomar decisiones sobre tener hijos, por ejemplo, elegir tener un hijo, cuándo tenerlo o no tenerlo.

Preautorización (prior authorization, PA): Aprobación que usted debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o de usar un proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preautorización.

- Los servicios cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en el Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solamente si usted obtiene nuestra preautorización.

? Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es.myuhc.com/communityplan**.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (Lista de Medicamentos).

Producto Biológico: Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. Por lo general, los productos biosimilares surten exactamente el mismo efecto y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Programa Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para personas de bajos ingresos” (“LIS”).

Programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP): Programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida.

Programa de Beneficiarios Restringidos: Programa para miembros que recibieron cuidado médico y no han seguido las reglas o han usado indebidamente los servicios. Si usted está en este programa, debe recibir servicios de salud de un proveedor de cuidado primario, una clínica, un hospital usado por el proveedor de cuidado primario y una farmacia que le designen. UnitedHealthcare puede designar a otros proveedores de cuidado de la salud. Debe hacerlo durante al menos 24 meses desde que comience a cumplir los requisitos para los Programas de Cuidado de la Salud de Minnesota. Los miembros de este programa que no sigan las reglas de este programa deberán continuar en él durante 36 meses adicionales. El programa de beneficiarios restringidos no se aplica a los servicios cubiertos por Medicare.

Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Programa de salud estructurado para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud y que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

? **Si tiene preguntas,** llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888, TTY 711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Proveedor: Término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo. Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable.

- También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y que le refiera a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de cuidado primario antes de usar cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el Capítulo 3 de su **Guía para Miembros**.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando han convenido trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar una cantidad adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El Capítulo 3 de su **Guía para Miembros** explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Declaración verbal o escrita en la que usted expresa un problema o una inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad de su cuidado, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Queja formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Queja sobre la calidad del cuidado: En esta guía, “queja sobre la calidad del cuidado” se refiere al hecho de expresar insatisfacción sobre servicios para el cuidado de la salud que provocan un daño posible o real a un miembro. Las quejas pueden estar relacionadas con el acceso; la competencia de los proveedores y del personal; la idoneidad clínica del cuidado; las comunicaciones; el comportamiento; las consideraciones ambientales y sobre los centros; y otros factores que pueden tener un efecto negativo en la calidad de los servicios para el cuidado de la salud.

Referencia: Aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para usar otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los Capítulos 3 y 4 de su **Guía para Miembros**.

Resoluciones: Estas incluyen:

- La denegación o autorización limitada del tipo o nivel de servicio
- La reducción, suspensión o interrupción de un servicio que fue aprobado antes
- La denegación total o parcial de un pago o servicio
- No prestar los servicios en un plazo razonable
- No actuar dentro de los plazos requeridos para las quejas formales o las apelaciones
- Denegación de la solicitud para recibir servicios fuera de la red de los miembros que viven en una zona rural con un solo plan de salud

Salud del Comportamiento: Término que engloba todos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Servicio al Cliente: Departamento de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 de su **Guía para Miembros** para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio al Cliente.

Servicios a Domicilio y en la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS):

Servicios adicionales que se prestan para ayudarle a permanecer en su domicilio.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de acceso abierto: Las leyes federales y estatales le permiten elegir cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o agencia de planificación familiar –aunque no esté dentro de la red de nuestro plan– para recibir estos servicios.

Servicios de acceso directo: Usted puede usar cualquier proveedor dentro de la red de nuestro plan para recibir estos servicios. No necesita una referencia ni una preautorización antes de recibir estos servicios.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Para obtener más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el Capítulo 4 de su **Guía para Miembros**.

Servicios de un médico: Servicios para el cuidado de la salud prestados o coordinados por un médico con licencia conforme a la ley estatal (Doctor en Medicina [Medical Doctor, M.D.] o Doctor en Medicina Osteopática [Doctor of Osteopathic Medicine, D.O.]).

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios para Estabilizar la Situación de Vivienda: Servicios para ayudar a las personas con discapacidades, incluidas las enfermedades mentales y los trastornos por consumo de sustancias, y a los adultos de edad avanzada a encontrar y mantener una vivienda. El objetivo de estos servicios es apoyar la transición de una persona a una vivienda, aumentar la estabilidad a largo plazo en una vivienda en la comunidad y evitar futuros períodos en que no tenga hogar o esté institucionalizada.

Subrogación: Nuestro derecho a cobrar en nombre de usted a otra persona, grupo o compañía de seguros. Tenemos este derecho cuando usted obtiene la cobertura médica de este plan por un servicio que está cubierto por otra fuente o tercero pagador.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar primero otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.

Transporte médico de emergencia: Servicios de ambulancia, incluido el transporte terrestre y aéreo por una condición médica de emergencia.

Trastorno por consumo de sustancias: Consumir alcohol o drogas de forma perjudicial.



Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP) al **1-844-368-5888**, TTY **711**, o a su servicio de retransmisión preferido, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.myuhc.com/communityplan**.

Servicio al Cliente de UHC Dual Complete® (HMO D-SNP)



Llame al **1-844-368-5888**

La llamada es gratuita.

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711 (o su servicio de retransmisión preferido)

La llamada es gratuita.

De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



Escriba a: P.O. Box 30769

Salt Lake City, UT 84130-0769



es.myuhc.com/communityplan

Senior LinkAge Line®, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Minnesota

Senior LinkAge Line® es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare en Minnesota.



Llame al **1-800-333-2433**

La llamada es gratuita.

Llame al Servicio de Retransmisión de Minnesota al 711 o use su servicio de retransmisión preferido.

La llamada es gratuita.



Escriba a: **Minnesota Board on Aging**

PO Box 64976

St. Paul, MN 55164-0976



seniorlinkageline.com