

RESUMEN DE BENEFICIOS 2019



Descripción general de su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP)

R6801-011

Consulte esta guía para obtener más información acerca de las coberturas de servicios de salud y medicamentos que usted obtiene con este plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información acerca de este plan.



Número gratuito **1-855-545-9340**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local



www.UHC Medicare Solutions.com



Nuestra área de servicio incluye **Texas**.

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

La información acerca de beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura incluye una lista completa de los servicios que cubrimos. Puede consultarla por Internet en www.UHCMedicareSolutions.com, o bien puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá información indicándole dónde debe ir en Internet para ver su Evidencia de Cobertura.

Información de su plan.

UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP) es un plan Medicare Advantage RPPO que tiene un contrato con Medicare.

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

Este plan es para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP) que tienen tanto Medicare y Medicaid, y no tienen ninguna responsabilidad de gasto por los servicios médicos cubiertos. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores. Algunas personas obtienen beneficios completos de Medicaid.

Los requisitos para inscribirse en este plan depende de su tipo de Medicaid.

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

- Beneficiario calificado Plus de Medicare (QMB+):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para pagar el costo compartido de Medicare y también cumple los requisitos para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas, deducibles, coseguro y copago de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.
- Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted obtiene cobertura de Medicaid para pagar el costo compartido de Medicare, pero no cumple los requisitos para los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas, deducibles, coseguro y copago de la Parte A y la Parte B. Usted no paga nada, excepto los copagos de los medicamentos con receta de la Parte D.

- **Beneficiario de Medicare especificado con bajos ingresos (SLMB+):** Usted obtiene los beneficios completos de Medicaid y Medicaid paga la prima de la Parte B. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la oficina estatal de Medicaid para el pago del costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Por regla general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

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

Utilice proveedores y farmacias de la red.

UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. En las siguientes tablas aparecen las diferencias en costo cuando los cuidados y servicios se obtienen dentro de la red y cuando se obtienen fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia que sea parte de la red.

Puede visitar el sitio web www.UHCMedicareSolutions.com para buscar un proveedor o una farmacia que sea parte de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la lista de medicamentos (formulario) para saber qué medicamentos están cubiertos y si existe algún tipo de restricción.

UnitedHealthcare Dual Complete[®] Choice (Regional PPO SNP)

| Primas y beneficios | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|--|---|
| Prima mensual del plan | Su plan no tiene prima mensual. | |
| Deducible médico anual | Este plan no tiene un deducible. | |
| Cantidad máxima de gastos de su bolsillo (no incluye cobertura de medicamentos con receta) | \$0 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red | \$6,700 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de cualquier proveedor. |
| | <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p> | |

UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP)

| Beneficios | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|-----------------------|---|---|
| Cuidados hospitalarios para pacientes hospitalizados | | \$0 de copago por cada estadía | \$1,300 de copago por cada estadía |
| | | Nuestro plan cubre un número de días ilimitado en el caso de una estadía en hospital como paciente hospitalizado. | |
| Hospital para pacientes ambulatorios | | \$0 de copago | 20% de coseguro Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. |
| Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios | | \$0 de copago | 20% de coseguro |
| Visitas al médico | Primario | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Especialistas | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Cuidado preventivo | Cubierto por Medicare | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | | Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol Visita de “Bienestar” anual Medición de masa ósea Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) Exámenes cardiovasculares Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina | |

Beneficios

Dentro de la red

Fuera de la red

Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)

Evaluación de depresión

Pruebas de detección y control de la diabetes

Prueba de detección de hepatitis C

Prueba de detección del VIH

Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)

Servicios de terapia de nutrición clínica

Programa de Medicare para la prevención de la diabetes (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)

Evaluación diagnóstica y asesoramiento con respecto a la obesidad

Exámenes de detección de cáncer de próstata (Prostate cancer screening, PSA)

Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas

Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco)

Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B, y vacuna antineumocócica

Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.

Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

Cuidado de emergencia

\$0 de copago (\$0 de copago para cobertura mundial) por visita

Si se le admite al hospital en un plazo no mayor de 24 horas, le corresponderá pagar el copago hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago para casos de emergencia. Consulte la sección “Cuidado para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

| Beneficios | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|--|---|---|
| Servicios requeridos de urgencia | | \$0 de copago | |
| Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI]) | \$0 de copago por cada servicio | 20% de coseguro |
| | Servicios de laboratorio | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Pruebas y procedimientos de diagnóstico | \$0 de copago | 20% de coseguro |
| | Radiología terapéutica | \$0 de copago por cada servicio | 20% de coseguro |
| | Radiografías para pacientes ambulatorios | \$0 de copago por cada servicio | 20% de coseguro |
| Servicios para la audición | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Examen de audición de rutina | \$0 de copago; 1 por año* | \$0 de copago; 1 por año* |
| | Aparatos auditivos | \$2,000 de asignación cada 2 años* | \$2,000 de asignación cada 2 años* |
| Servicios dentales de rutina | Preventivos | \$0 de copago por los servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías)* | 50% de coseguro por los servicios cubiertos (examen, limpieza, radiografías)* |

| Beneficios | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|---|--|---|
| Cuidado de la vista | Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Examen de la vista de rutina | \$0 de copago Hasta 1 cada año* | \$0 de copago Hasta 1 cada año* |
| Salud mental | Visita para pacientes hospitalizados | \$0 de copago por cada estadía | \$1,300 de copago por cada estadía |
| | Nuestro plan cubre 90 días de estadía en el hospital como paciente hospitalizado. | | |
| | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare | | \$0 de copago por día: del día 1 al 20 \$0 de copago por día: del día 21 al 100 | \$0 de copago por día: del día 1 al 20 \$170.50 de copago por día: del día 21 al 100 |
| | | Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada. | |
| Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje | | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Ambulancia | | \$0 de copago por transporte terrestre \$0 de copago por transporte aéreo | 20% de coseguro por transporte terrestre 20% de coseguro por transporte aéreo |

| Beneficios | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|----------------------------------|--|------------------------|
| Transporte de rutina | | \$0 de copago; 12 viajes por año, en una sola dirección, hacia o desde sitios aprobados* | 75% de coseguro* |
| Medicamentos de la Parte B de Medicare | Medicamentos de quimioterapia | \$0 de copago | 20% de coseguro |
| | Otros medicamentos de la Parte B | \$0 de copago | 20% de coseguro |

Medicamentos con receta

Si usted no cumple los requisitos para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), le corresponde pagar la parte del costo de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted cumple los requisitos para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos le corresponde pagar:

| | |
|--|---|
| Deducible anual para medicamentos con receta | Su deducible es de \$0 o de \$85, según sea el nivel que recibe del programa Ayuda Adicional. |
| Suministro de 30 o 90 días en una farmacia minorista de la red | |
| Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos) | \$0, \$1.25 o \$3.40 de copago, o bien 15% del costo total |
| Todos los demás medicamentos | \$0, \$3.80 o \$8.50 de copago, o bien 15% del costo total |

| Beneficios adicionales | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|--|---|------------------------|
| Cuidado quiropráctico | Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Manejo de la diabetes | Suministros para controlar la diabetes | \$0 de copago Cubrimos solamente las marcas ACCU-CHEK® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva y ACCU-CHEK® Nano SmartView. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® SmartView y OneTouch Ultra®. Su plan no cubre otras marcas. | 30% de coseguro |
| | Capacitación para el automanejo de la diabetes | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Zapatos e insertos terapéuticos | \$0 de copago | 20% de coseguro |
| Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados | Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) | \$0 de copago | 20% de coseguro |
| | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) | \$0 de copago | 20% de coseguro |

| Beneficios adicionales | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|---|------------------------------------|---|---|
| Programa de acondicionamiento físico a través de Renew Active™ | | <p>La membresía estándar le ofrece acceso a centros de acondicionamiento físico participantes, incluye una orientación de acondicionamiento físico en persona, acceso a clases de acondicionamiento físico en grupo y ejercicios de agudeza mental por Internet, dependiendo de la disponibilidad. De otra manera, puede inscribirse en un programa autodirigido de acondicionamiento físico, si un sitio de la red no es conveniente, y todo sin costo alguno para usted.</p> <p>Con el beneficio de acondicionamiento físico obtiene además, sin ningún costo adicional, un dispositivo Fitbit® que registra sus actividades físicas. Este dispositivo puede ayudarle a mejorar su salud o mantenerse saludable ya que registra su actividad física y sus ejercicios.</p> | |
| Cuidado de los pies (servicios de podiatría) | Exámenes y tratamiento de los pies | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Cuidado de rutina de los pies | \$0 de copago; por cada visita hasta 6 visitas cada año * | \$0 de copago; por cada visita hasta 6 visitas cada año * |
| Programa de cuidado de la salud a domicilio | | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Cuidados paliativos | | <p>Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte del costo de los medicamentos y por el relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.</p> | |
| NurseLine | | Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana | |
| Visita de terapia ocupacional | | \$0 de copago | \$0 de copago |

| Beneficios adicionales | | Dentro de la red | Fuera de la red |
|--|--|---|------------------------|
| Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios | \$0 de copago | \$0 de copago |
| | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios | \$0 de copago | \$0 de copago |
| Cirugía para pacientes ambulatorios | | \$0 de copago | 20% de coseguro |
| Beneficio de productos para la salud | | \$305 de crédito por trimestre para ser usados en la compra de productos para la salud aprobados. | |
| Diálisis renal | | \$0 de copago | 20% de coseguro |
| Programa Solutions for Caregivers | | \$0 de copago; puede contar con un administrador de cuidado de la salud con experiencia para que le ayude a planear y acceder a los recursos disponibles para el cuidado de un ser querido. Los servicios están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. | |

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

Beneficios de Medicaid

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

Los beneficios descritos a continuación tienen cobertura de Medicaid. También podrá ver lo que cubre Texas Medicaid Health and Human Services Commission y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se utiliza al máximo o si no tiene cobertura de Medicare, es posible que Medicaid lo cubra. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid que usted tenga.

La cobertura de los beneficios descritos a continuación depende de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. No importa cuál es la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, el plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP) cubrirá los beneficios descritos en la Sección Beneficios Médicos y Hospitalarios Cubiertos que está incluida en el Resumen de Beneficios. Si tiene preguntas sobre los requisitos que debe cumplir para Medicaid y los beneficios a los cuales pudiera tener derecho, llame a Texas Medicaid Health and Human Services Commission, 1-800-335-8957.

Es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted pero esto dependerá de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Si Medicare no cubre cierto servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. Consulte el manual de Medicaid para más detalles sobre el costo compartido y los beneficios adicionales cubiertos.

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP) |
|--|---------------|---|
| Servicios dentales adicionales | Sin cobertura | Sin cobertura |
| Servicios para la audición adicionales | Sin cobertura | Con cobertura |
| Cuidado de la vista adicional | Sin cobertura | Con cobertura |
| Ambulancia | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado quiropráctico | Con cobertura | Con cobertura |
| Suministros y servicios para la diabetes | Con cobertura | Con cobertura |
| Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías | Con cobertura | Con cobertura |
| Visitas al consultorio médico | Con cobertura | Con cobertura |
| Equipo médico duradero | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado de emergencia | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado de los pies | Con cobertura | Con cobertura |

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP) |
|--|-----------------|--|
| Servicios para la audición | Con cobertura | Con cobertura |
| Servicios basados en el hogar y en la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) | Con cobertura | Sin cobertura |
| Cuidado de la salud a domicilio | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidados paliativos | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado de la salud mental | Con cobertura | Con cobertura |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios | Con cobertura | Con cobertura |
| Productos de venta sin receta | Sin cobertura | Con cobertura |
| Beneficios de medicamentos con receta | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado preventivo | Con cobertura | Con cobertura |
| Prótesis | Con cobertura | Con cobertura |
| Diálisis renal | Con cobertura | Con cobertura |
| Centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) | Con cobertura | Con cobertura |
| Transporte (De rutina) | Con cobertura | Con cobertura |

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP) |
|--|-----------------|--|
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Exención para Servicios de Asistencia y Apoyo para Vivir en la Comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)</p> | Con cobertura | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Programa de Exenciones Consolidado (Consolidated Waiver Program, CWP) - Solo para el condado de Bexar/San Antonio</p> | Con cobertura | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Exención para personas sordas invidentes con discapacidades múltiples (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DB-MD)</p> | Con cobertura | Sin cobertura |
| <p>Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Programa para niños médicamente dependientes (Medically Dependent Children Program, MDCP)</p> | Con cobertura | Sin cobertura |

| Beneficio | Medicaid | UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP) |
|--|-----------------|--|
| Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) La exención STAR + PLUS | Con cobertura | Sin cobertura |
| Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Servicios de telemedicina | Con cobertura | Sin cobertura |
| Texas: Solo para Medicaid (exclusivamente para miembros que reciben los beneficios completos de Medicaid) Exención del estado de Texas para vivir en el hogar (Texas Home Living Waiver, TxHmL) | Con cobertura | Sin cobertura |
| Servicios requeridos de urgencia | Con cobertura | Con cobertura |
| Cuidado de la vista | Con cobertura | Con cobertura |

Información necesaria

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. El plan Dual Complete Choice está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del Estado como de Medicare. El plan Medicare Silver está disponible para toda persona que tenga una condición crónica que califique.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual “Medicare y Usted”. El manual está disponible en Internet en el sitio <https://es.medicare.gov>, de otra manera puede obtener una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare Insurance Company cumple con las leyes federales referentes a derechos civiles y no discrimina en términos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad ni sexo.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-814-6894 (TTY : 711)。

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the first page of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la cobertura de este libro.

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones.

Es posible que los beneficios, la prima, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, si no la paga Medicaid u otro tercero.

Es posible que las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles varíen según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para más detalles, comuníquese con el plan.

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

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

el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar la entrega a domicilio de OptumRx para obtener un suministro de 90 días de sus medicamentos de mantenimiento.

Si no ha utilizado la entrega a domicilio de OptumRx, para surtir sus medicamentos, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a OptumRx. Los medicamentos con una receta nueva que OptumRx envía deberían llegarle aproximadamente en diez días hábiles a partir de la fecha en que se reciba el formulario de pedido completo. Los resurtidos deberían llegarle en aproximadamente siete días hábiles. Comuníquese con OptumRx en cualquier momento al 1-877-266-4832, TTY 711. OptumRx es una afiliada de UnitedHealthcare Insurance Company.

El uso de cualquier dispositivo Fitbit es voluntario. Consulte a un profesional de cuidado de la salud antes de comenzar un programa de ejercicios. La disponibilidad del beneficio de Fitbit varía según el plan o el mercado. Consulte su Evidencia de Cobertura para más detalles. Fitbit es una marca registrada de Fitbit, Inc. ©2017 Fitbit, Inc. Todos los derechos reservados.

La participación en el programa Renew Active™ de UnitedHealthcare 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 equipo y las clases pueden variar según el lugar. Los servicios (que incluyen equipo, clases y planes de acondicionamiento físico personalizados que proporcionan los centros de acondicionamiento físico), además de las actividades de agudeza mental que provee BrainHQ, son proporcionados por terceros que no están afiliados con UnitedHealthcare. UnitedHealthcare no avala los servicios ni la información proporcionada por este programa, ni es responsable de ellos. La disponibilidad del programa Renew Active™ varía según el plan o el área.

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