



# Guía de Inscripción 2025

**UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)**

H0294-049-000

**Área de servicio:** New Mexico - Condados de Bernalillo, Catron, Chaves, Cibola, Colfax, DeBaca, Dona Ana, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lincoln, Los Alamos, Luna, Mora, Otero, Rio Arriba, Roosevelt, San Miguel, Sandoval, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance, Valencia  
Los servicios son financiados en parte con el estado de New Mexico.

United  
Healthcare®  
Dual Complete

# Los planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare están aquí para lo que a usted le importa, hoy y mañana



## Simplifique su día con beneficios pensados para usarse

Su UCard®, exclusiva de UnitedHealthcare, es mucho más que solo su tarjeta de ID de miembro. Le da acceso a una amplia red de proveedores de Medicare Advantage, que incluye médicos y especialistas. Además, úsela para pagar productos de venta sin receta y alimentos saludables, y para comprar productos aprobados de marcas que usted conoce, como Walmart, Walgreens y muchas más con sus recompensas ganadas. Acceda a su UCard e información de salud con la aplicación UnitedHealthcare que es fácil de usar y está calificada como la número 1 en seguros de salud. Desde elegir su plan y usar su plan, hasta disfrutar de toda su vida por delante, UnitedHealthcare lo hace más fácil que nunca.



## Reciba más por su dinero de Medicare

Reciba cuidado confiable con gastos de su bolsillo bajos. Usted tiene grandes y pequeños planes por delante, así que siéntase seguro al manejar toda su salud con la cobertura de UnitedHealthcare Dual Complete.



## Orientación de expertos para hoy y a medida que sus necesidades cambien

Cuente con nosotros cuando nos necesite. Le ayudaremos a buscar el plan adecuado con información educativa sobre el plan fácil de entender, útiles herramientas en Internet y amables Especialistas en Planes de Medicare de UnitedHealthcare.<sup>1</sup> Nuestros representantes y navegadores le ayudan a obtener las respuestas y el cuidado que usted necesita. Deje que los más de 45 años de experiencia de UnitedHealthcare trabajen para usted.

<sup>1</sup>Un Especialista en Planes de Medicare es un agente o productor de ventas de seguros con licencia.

# UCard le abre las puertas donde importa

Una vez que sea miembro, recibirá su nueva UCard de UnitedHealthcare por correo.  
Use su UCard cuando:



## Visite a un proveedor o surta una receta

Su UCard tiene la información del plan que usted y sus proveedores necesitan.



## Compre alimentos saludables y productos de venta sin receta, o pague facturas de servicios públicos

Use el crédito cargado en su UCard como pago en la tienda o en Internet.



## Gaste las recompensas ganadas

Compre artículos aprobados en miles de tiendas minoristas de todo el país.



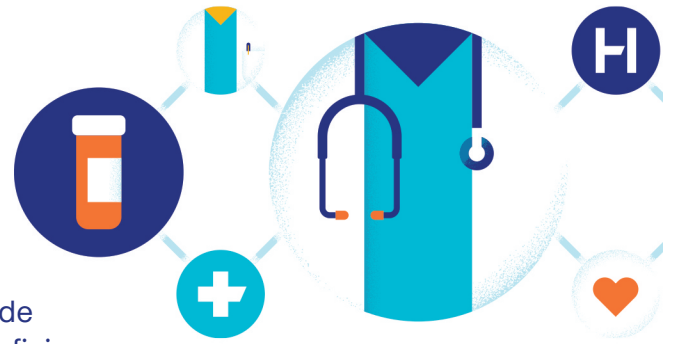
## Se registre en el gimnasio

Muestre su UCard para acceder a su membresía gratuita la primera vez que visite un centro de acondicionamiento físico o un gimnasio de la red.



# Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para los beneficiarios de Medicare con cobertura de Medicaid a través de UHC Turquoise Care y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita. También puede consultar a proveedores fuera de la red si aceptan Medicare y el plan, pero tenga en cuenta que sus costos pueden ser más altos.



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



**Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado.**

Usted no está limitado a este proveedor de cuidado primario, pero es beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**\$0 por servicios cubiertos cuando se reciben dentro de la red.**

Consulte el Resumen de Beneficios en esta guía para saber qué servicios están cubiertos.



**No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor.**



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



**Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta.** Use siempre farmacias de la red. Es posible que pague más o que pague el costo total de los medicamentos que reciba de farmacias que no están dentro de la red.

Visite **[UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan)** para buscar un proveedor o una farmacia de la red en los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

**Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos**



# Beneficios Importantes

## UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Consulte su **Resumen de Beneficios** o su **Guía para Miembros**. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones. Llame a Servicio al Cliente: **1-866-393-0208**, TTY **711** para obtener ayuda adicional.

**Si recibe beneficios completos de Medicaid a través de UHC Turquoise Care, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare y Medicaid.** Si su categoría de participación en Medicaid o en el programa Ayuda Adicional cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.

Costos del plan		
Prima mensual del plan	\$0	

Beneficios médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto)	\$0 dentro de la red	\$0 combinado, dentro y fuera de la red
Visita al consultorio médico Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago	\$0 de copago
Especialista	\$0 de copago (no se necesita una referencia)	\$0 de copago (no se necesita una referencia)
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
Servicios preventivos	\$0 de copago	\$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días	\$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
Centro de enfermería especializada (SNF)	\$0 de copago por cada día, por los días 1 a 100	\$0 de copago por cada día, por los días 1 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	\$0 de copago	\$0 de copago

Beneficios médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>		
Terapia de grupo	\$0 de copago	\$0 de copago
Terapia individual	\$0 de copago	\$0 de copago
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago por las marcas que tienen cobertura	\$0 de copago
<b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$0 copago por transporte terrestre o aéreo	\$0 copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$0 de copago (mundial)	
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$0 de copago (mundial)	

Es posible que la cobertura de Medicaid de los beneficios médicos fuera de la red varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, consulte su **Guía para Miembros**.

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios dentales – límite de beneficios</b>	\$4,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*  Si usted elige consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0	

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios dentales – integrales</b>	\$0 de copago por servicios dentales integrales*	
<b>Servicios dentales – preventivos</b>	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*
<b>Recompensas</b>	Gane hasta \$165 en recompensas cuando comience en enero* \$5 por el video Meet your 2025 UCard (Conozca su UCard 2025), \$15 por el examen médico o la visita de bienestar anual, \$10 cada mes por el programa Get Moving, \$10 por el programa Connect with others, \$10 por una evaluación de salud, \$5 por la vacuna antigripal	
<b>Exámenes de la vista de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por cada año*	30% de coseguro, 1 por cada año*
<b>Artículos para la vista de rutina</b>	\$0 de copago El plan paga hasta \$400 cada año para la compra de 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solo productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red.	
<b>Examen médico de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por cada año*	30% de coseguro, 1 por cada año*
<b>Transporte de rutina</b>	\$0 de copago, 60 viajes por cada año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados.*	75% de coseguro
<b>Servicios para la audición – examen de rutina</b>	\$0 de copago, 1 por cada año*	30% de coseguro, 1 por cada año*
<b>Beneficio de acondicionamiento físico</b>	\$0 de copago e incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico en Internet y actividades para la memoria.	
<b>Cuidado de los pies – de rutina</b>	\$0 de copago, 4 visitas por cada año*	30% de coseguro, 4 visitas por cada año*
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b>	\$200 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta que tienen cobertura. Los miembros que califican también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos.	
<b>Beneficio de comidas</b>	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).	

<b>Beneficios y servicios cubiertos por Medicaid</b>	
<b>Servicios para el Bienestar de los Adultos</b>	\$0 de copago
<b>Servicios para el Bienestar de la Mujer</b>	\$0 de copago
<b>Exámenes de detección</b>	\$0 de copago
<b>Asesoramiento para dejar de usar tabaco</b>	\$0 de copago
<b>Vacunas</b>	\$0 de copago
<b>Servicios en Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal (FQHC)</b>	\$0 de copago
<b>Tratamiento de salud mental y de trastornos por consumo de sustancias para pacientes hospitalizados</b>	\$0 de copago
<b>Servicios dentales</b>	\$0 de copago
<b>Evaluación y asesoramiento conductual de trastornos por consumo de sustancias</b>	\$0 de copago
<b>Servicios y suministros para la planificación familiar</b>	\$0 de copago
<b>Servicios relacionados con el embarazo</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de una enfermera partera</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de una enfermera especialista</b>	\$0 de copago
<b>Pruebas de detección de rutina de enfermedades de transmisión sexual</b>	\$0 de copago
<b>Pruebas de detección del VIH/SIDA, pruebas de control y asesoramiento</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de podiatra</b>	\$0 de copago



Beneficios y servicios cubiertos por Medicaid	
<b>Servicios del programa Health Home de Medicaid</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de fisioterapia</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de terapia ocupacional</b>	\$0 de copago
<b>Terapia del habla</b>	\$0 de copago
<b>Equipo médico duradero</b>	\$0 de copago
<b>Dieta y asesoramiento conductual</b>	\$0 de copago
<b>Prótesis</b>	\$0 de copago
<b>Servicios para la vista de rutina</b>	\$0 de copago
<b>Servicios relacionados con la tuberculosis</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de asistencia médica a domicilio</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de enfermería privada</b>	\$0 de copago
<b>Servicios para el cuidado personal</b>	\$0 de copago
<b>Servicios en centros de enfermería</b>	\$0 de copago
<b>Cuidados paliativos</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de transporte</b>	\$0 de copago
<b>Servicios/Cirugía de reasignación de sexo</b>	\$0 de copago

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

Medicamentos con receta	
<b>Deducible anual para medicamentos con receta (Parte D)</b>	\$0
Suministro de 30 días o 100 días en una farmacia minorista de la red	
<b>Todos los medicamentos cubiertos</b>	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días



Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y copago por medicamentos con receta de \$0 según el modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional y se verificarán después de la inscripción.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el programa Ayuda Adicional que recibe. Es importante saber qué proveedores forman parte de nuestra red porque, excepto en excepciones limitadas, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red indicados anteriormente para recibir cuidado y otros servicios médicos. Se aplican excepciones. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**, TTY **711**.

Y0066\_SB\_H0294\_049\_000\_2025\_C SP

CSNM25LP0222519\_002



# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)**  
H0294-049-000

Consulte esta guía para obtener más información sobre el plan y los servicios médicos y los medicamentos con receta que tienen cobertura. Visite el sitio web o comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



**MyUHC.com/CommunityPlan**



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

**United  
Healthcare®**  
Dual Complete

Y0066\_SB\_H0294\_049\_000\_2025\_M SP

**Introducción**

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete NM-Y1. Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete NM-Y1. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

**Índice**

A. Exenciones de responsabilidad .....3

B. Preguntas frecuentes (FAQ) .....8

C. Lista de servicios cubiertos .....12

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete NM-Y1 .....23

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete NM-Y1, Medicare  
ni Turquoise Care .....23

F. Sus derechos como miembro del plan .....24

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado .....25

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude .....26

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **myuhc.com/communityplan**.

## A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete NM-Y1 del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

- UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.es.medicare.gov)) o solicitarlo 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**.
- Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.
- 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 de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

### Aparatos auditivos

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local. Las garantías de los aparatos auditivos sin receta, si las hay, varían según el aparato y se gestionan a través del fabricante. Se puede aplicar una tarifa profesional por única vez a los aparatos auditivos con receta.

### Beneficios dentales de rutina

Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local.

### Artículos para la vista de rutina

Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. La red de proveedores y tiendas minoristas puede variar en el mercado local. Examen de la vista de rutina anual y \$400 de asignación para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total anual o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Programa de acondicionamiento físico**

El programa de acondicionamiento físico varía según el plan o el área, y es posible que no esté disponible en todos los planes. La participación en el programa de acondicionamiento físico es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa de acondicionamiento físico 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, las actividades y los eventos pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, actividades, 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 de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. 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 médico.

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 enfermedades.

**Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos**

Los beneficios de alimentos, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o revise su Guía para Miembros. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Guía para Miembros para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red. Los requisitos de participación para los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y copago por medicamentos con receta de \$0 según el modelo de Diseño de Seguro Basado en el Valor se limitan a los miembros con el programa Ayuda Adicional y se verificarán después de la inscripción.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **myuhc.com/communityplan**.

se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

**Programa de Recompensas**

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

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**.

**La discriminación está prohibida por la ley.** La compañía cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no excluye, no trata diferente ni discrimina a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, religión o sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual).

Usted tiene derecho a presentar una queja formal por discriminación si cree que le tratamos de manera discriminatoria. Puede presentar una queja formal y pedir ayuda para presentar una queja formal en persona o por correo postal, por teléfono, por fax o por correo electrónico a:

**Civil Rights Coordinator**  
**UnitedHealthcare Civil Rights Grievance**  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130

Por correo electrónico: **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

También puede presentar una queja formal sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

Por Internet: **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**

Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Por teléfono: **1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697)**

Ofrecemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera eficaz, por ejemplo:

- Intérpretes calificados de lenguaje de señas americano
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

También ofrecemos servicios gratuitos en otros idiomas a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio al Cliente al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Este aviso está disponible en

**<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.**



# 1-866-393-0208, TTY 711

**English:** ATTENTION: Translation and other language assistance services are available at no cost to you. If you need help, please call the number above.

**Spanish:** ATENCIÓN: La traducción y los servicios de asistencia de otros idiomas se encuentran disponibles sin costo alguno para usted. Si necesita ayuda, llame al número que se indica arriba.

**Navajo:** BAA'ÁKOHWIINIDZIN: Hazaad bee naaltsoos ha'dil'íh dóó nááná ła' saad bee áka'e'eyeed doo bááh il'ínígóó ná hólóogo át'é. Shíka'a'doowoł nínízingo, t'áá shqođí hódahgo béésh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Dịch vụ dịch thuật và hỗ trợ ngôn ngữ khác được cung cấp cho quý vị miễn phí. Nếu quý vị cần trợ giúp, vui lòng gọi số ở trên.

**German:** HINWEIS: Übersetzungs- und andere Sprachdienste stehen Ihnen kostenlos zur Verfügung. Wenn Sie Hilfe benötigen, rufen Sie bitte die obige Nummer an.

**Chinese:** 注意：您可以免費獲得翻譯及其他語言協助服務。如果您需要協助，請致電上列電話號碼。

**Arabic:** تنبيه: تتوفر خدمات الترجمة وخدمات المساعدة اللغوية الأخرى لك مجانًا. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يرجى الاتصال بالرقم أعلاه.

**Korean:** 참고: 번역 및 기타 언어 지원 서비스를 무료로 제공해 드립니다. 도움이 필요하시면 위에 명시된 번호로 전화해 주십시오.

**Tagalog:** ATENSYON: Ang pagsasalin at iba pang mga serbisyong tulong sa wika ay magagamit mo nang walang bayad. Kung kailangan mo ng tulong, mangyaring tawagan ang numero sa itaas.

**Japanese:** 注意: ほん訳やその他の言語サポートサービスを無料でご利用いただけます。サポートが必要な場合は、上記の番号までお電話ください。

**French:** ATTENTION : la traduction et d'autres services d'assistance linguistique sont disponibles sans frais pour vous. Si vous avez besoin d'aide, veuillez appeler le numéro ci-dessus.

**Russian:** ВНИМАНИЕ! Услуги перевода, а также другие услуги языковой поддержки предоставляются бесплатно. Если вам требуется помощь, пожалуйста, позвоните по указанному выше номеру.

**Hindi:** ध्यान दें: अनुवाद और अन्य भाषा सहायता सेवाएं आपके लिए निःशुल्क उपलब्ध हैं। अगर आपको मदद चाहिए तो कृपया ऊपर दिए गए नंबर पर कॉल करें।

**Persian:** توجه: خدمات ترجمه و سایر کمک‌های زبانی به صورت رایگان در اختیار شما قرار دارد. اگر به کمک نیاز دارید، با شماره بالا تماس بگیرید.

**Thai:** โปรดทราบ: มีบริการแปลและบริกรช่วยเหลืออื่น ๆ ด้านภาษาให้สำหรับคุณโดยไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ หากคุณต้องการความช่วยเหลือ โปรดโทรติดต่อหมายเลขด้านบนนี้

**B. Preguntas frecuentes (FAQ)**

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan UHC Dual Complete D-SNP?	Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) es un tipo de plan de salud Medicare Advantage. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de Turquoise Care. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble cubre todos sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta (Parte D de Medicare), y proporciona todos sus medicamentos con receta y servicios de Medicaid conforme al programa Turquoise Care.
¿En UHC Dual Complete NM-Y1, recibiré los mismos beneficios de Medicare y de Turquoise Care que recibo ahora?	<p>Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de Turquoise Care directamente de UHC Dual Complete NM-Y1. Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudar a determinar los servicios que mejor satisfarn sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar segun sus necesidades y la evaluaci3n de su proveedor y su equipo de cuidado de la salud. Es posible que tambi3n reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal o de servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Dual Complete NM-Y1, usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un plan de cuidado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si est3 tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete NM-Y1 normalmente no cubre, usted podr3 obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepci3n para que UHC Dual Complete NM-Y1 cubra su medicamento si es medicamento necesario. Para obtener m3s informaci3n, llame a Servicio al Cliente a los n3meros que se encuentran al final de esta p3gina.</p>

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 d3as de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener m3s informaci3n,** visite **myuhc.com/communityplan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo visitar a los mismos médicos que uso ahora?	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete NM-Y1 y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándolos.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. <b>Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete NM-Y1.</b> Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos.</li><li>• Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC Dual Complete NM-Y1.</li><li>• Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete NM-Y1, puede elegir continuar este tratamiento, independientemente de que este proveedor esté o no dentro de la red de proveedores de UHC Dual Complete NM-Y1, durante un período de transición hasta que concluya el tratamiento o durante 30 días, lo que sea posterior. Para obtener más información sobre cómo seguir conectado, llame a Servicio al Cliente.</li></ul> <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea el <b>Directorio de Proveedores y Farmacias</b> de UHC Dual Complete NM-Y1 en el sitio web del plan en <b>myuhc.com/communityplan</b>.</p> <p>Si es nuevo en UHC Dual Complete NM-Y1, colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **myuhc.com/communityplan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete NM-Y1?	Un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete NM-Y1 es la persona principal con la que debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.
¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital. En algunos casos, otra agencia puede administrar estos servicios, y su coordinador del cuidado de la salud o equipo de cuidado de la salud trabajará con esa agencia.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete NM-Y1 puede prestarlo?	<p>Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete NM-Y1 cubrirá los servicios prestados por un proveedor fuera de la red.</p> <p>Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.</p>
¿Dónde está disponible UHC Dual Complete NM-Y1?	<p>El área de servicio de este plan incluye: los condados de Bernalillo, Catron, Chaves, Cibola, Colfax, DeBaca, Dona Ana, Grant, Guadalupe, Harding, Hidalgo, Lincoln, Los Alamos, Luna, Mora, Otero, Rio Arriba, Roosevelt, San Miguel, Sandoval, Santa Fe, Sierra, Socorro, Taos, Torrance y Valencia. Usted debe vivir en estos condados para inscribirse en el plan.</p> <p>* Llame a Servicio al Cliente a los números que aparecen al final de esta página para obtener más información sobre si el plan está disponible en el lugar donde usted vive.</p>

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myuhc.com/communityplan**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una preautorización?	<p>Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Dual Complete NM-Y1 para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, <b>antes</b> de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Complete NM-Y1 no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p><b>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.</b> UHC Dual Complete NM-Y1 puede proporcionarles a usted o su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete NM-Y1 antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el <b>Capítulo 3</b> de la <b>Guía para Miembros</b> si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del <b>Capítulo 4</b> de la <b>Guía para Miembros</b> para saber qué servicios requieren una preautorización.</p> <p>Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.</p>
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete NM-Y1?	No. Dado que usted tiene Turquoise Care, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Debo pagar un deducible como Miembro de UHC Dual Complete NM-Y1?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete NM-Y1.
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete NM-Y1?	En UHC Dual Complete NM-Y1, no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0.

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myuhc.com/communityplan**.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que usted podría necesitar, sus costos y las reglas sobre los beneficios. Los servicios son financiados en parte con el estado de New Mexico.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario	Estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital.  Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0	
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0	
	Cuidado de un médico o un cirujano	\$0	
	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
Usted desea consultar a un médico	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	1 por cada año
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	\$0	
	Cuidado de especialistas	\$0	

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al 1-866-393-0208, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite myuhc.com/communityplan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	\$0 de copago (mundial) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia.  Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos
	Cuidado de urgencia	\$0	\$0 de copago (mundial) por cada visita
Usted necesita exámenes médicos	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0	
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	
Usted necesita servicios para la audición	Exámenes de audición	\$0	1 por cada año
	Aparatos auditivos		\$3,200 de asignación para aparatos auditivos cada año

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myuhc.com/communityplan**.



Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado dental	Exámenes dentales y cuidado preventivo	\$0	\$0 por servicios preventivos y de diagnóstico  \$0 por servicios integrales, hasta \$4,000 por cada año por los servicios dentales preventivos e integrales cubiertos.
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	
Usted necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista	\$0	1 por cada año
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	El plan paga hasta \$400 cada año por 1 par de lentes/ marcos o lentes de contacto  Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solo productos selectos).  Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red.
	Otro cuidado de la vista	\$0	
Usted necesita servicios de salud del comportamiento	Servicios de salud del comportamiento	\$0	
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**.



Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarlo	Cuidado de enfermería especializada	\$0	
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	\$0 de copago por cada día, por los días 1 a 100
	Cuidado tutelar de adultos y cuidado tutelar de adultos en grupo	\$0	
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Servicios de ambulancia	\$0	Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.
	Transporte de emergencia	\$0 de copago por ambulancia terrestre  \$0 de copago por ambulancia aérea	
	Transporte de rutina	\$0	60 viajes, por cada año, en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias.  El transporte de rutina no se debe usar en emergencias.

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección	Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	\$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, algunos medicamentos orales contra el cáncer, medicamentos para quimioterapia, insulina cubierta por la Parte B y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos.  Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la <b>Guía para Miembros</b> .
	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	Es posible que los copagos por medicamentos con receta varíen según el programa Ayuda Adicional que usted pueda recibir. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</b> de UHC Dual Complete NM-Y1.  Una vez que usted u otros en nombre de usted hayan pagado \$2,000, usted habrá alcanzado la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y pagará \$0 por todos sus medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre esta etapa, lea la <b>Guía para Miembros</b> .
	Medicamentos sin receta (OTC)	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la <b>Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)</b> de UHC Dual Complete NM-Y1.

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myuhc.com/communityplan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud</b>	Servicios de rehabilitación	\$0	
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	
	Servicios de diálisis	\$0	
<b>Usted necesita cuidado de los pies</b>	Servicios de podiatría	\$0	Cuidado de los pies de rutina — 4 visitas por cada año
	Servicios de ortesis	\$0	
<b>Usted necesita equipo médico duradero (DME)</b>	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	
	Nebulizadores	\$0	
<b>Nota:</b> Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el <b>Capítulo 4</b> de la <b>Guía para Miembros</b> .	Equipo de oxígeno y suministros	\$0	

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myuhc.com/communityplan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios de habilitación diurnos	\$0	
	Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos (ADHP)	\$0	<p>A fin de cumplir los requisitos para usar el Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos, usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cumplir los requisitos y estar inscrito en el programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas del Estado, O</li><li>• Cumplir los siguientes criterios para inscribirse en el Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos 1951(i) del Estado:<ul style="list-style-type: none"><li>– Ser residente de New Mexico</li><li>– Ser ciudadano estadounidense o estar en situación legal de inmigración</li><li>– Tener enfermedades crónicas certificadas por un médico con licencia o una enfermera titulada en práctica avanzada (APRN) y cumplir el “nivel de cuidado” establecido para los servicios del Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos</li></ul></li></ul> <p>Comuníquese con su equipo de cuidado de la salud para saber cómo puede conectarse con los servicios del Programa de Servicios de Salud Diurnos para Adultos.</p>

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **myuhc.com/communityplan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continuación)</b>	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un auxiliar de cuidado personal [PCA])	\$0	<p>A fin de cumplir los requisitos para usar los servicios de un auxiliar de cuidado personal, usted debe:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Cumplir los requisitos y estar inscrito en el programa de exención para Personas Mayores y Personas con Discapacidades Físicas del Estado, O</li><li>• Cumplir los siguientes criterios para inscribirse en el programa de auxiliar de cuidado personal del plan estatal del Estado:<ul style="list-style-type: none"><li>– Ser residente de New Mexico</li><li>– Ser ciudadano estadounidense o estar en situación legal de inmigración</li><li>– Cumplir los requisitos para recibir Turquoise Care, tener ingresos de menos del 100% del índice federal de pobreza (FPL)</li><li>– Necesitar ayuda con las actividades de la vida diaria Y cumplir el “nivel de cuidado” establecido para los servicios de un auxiliar de cuidado personal</li></ul></li></ul> <p>Comuníquese con su equipo de cuidado de la salud para saber cómo puede conectarse con los servicios de un auxiliar de cuidado personal.</p>
<b>Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)</b>	Servicios quiroprácticos	\$0	<p>Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare</p> <p>(manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)</p>

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myuhc.com/communityplan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	Cubrimos solamente las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas.  Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide.  Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus
	Servicios de prótesis	\$0	
	Radioterapia	\$0	
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	
	Beneficio de comidas	\$0	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF).
	Cuidados paliativos	\$0	Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **myuhc.com/communityplan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<b>Servicios adicionales (continuación)</b>	Programa de acondicionamiento físico	\$0 de copago por programa de acondicionamiento físico	<p>Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Membresía gratuita a un gimnasio</li><li>• Acceso a una gran red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li><li>• Clases gratuitas, actividades sociales y eventos</li><li>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li><li>• Actividades para ejercitar la memoria por Internet</li></ul>

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos		\$200 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta que tienen cobertura. Los miembros que califican también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Compre alimentos saludables como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</li><li>• Elija entre miles de productos de venta sin receta, como pasta dental, artículos de primeros auxilios, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y mucho más</li><li>• Pague facturas de servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet</li><li>• Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li></ul>

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Guía para Miembros** de UHC Dual Complete NM-Y1. Si usted no tiene una **Guía para Miembros**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 a los números que se encuentran al final de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan).



**D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)**

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete NM-Y1, pero que están cubiertos por Medicare, Turquoise Care o una agencia estatal. Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Turquoise Care o una Agencia Estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de NM-Y1	\$0
Rehabilitación psicosocial	
Administración de casos dirigida a grupos específicos	
Habitación y comida en casa de reposo	

**E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete NM-Y1, Medicare ni Turquoise Care**

Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Servicios que no cubre UHC Dual Complete NM-Y1, Medicare ni Turquoise Care
Servicios que no son médicamente necesarios.
Servicios experimentales o en investigación.
Cualquier tratamiento médico o de salud del comportamiento (servicios de salud mental, del abuso de alcohol o por trastornos por consumo de sustancias) fuera de los Estados Unidos.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **myuhc.com/communityplan**.

## **F. Sus derechos como miembro del plan**

Como miembro de UHC Dual Complete NM-Y1, usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Guía para Miembros**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Obtener los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión
- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un idioma y en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y del coordinador del cuidado de la salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete NM-Y1 pagará el costo de su visita de segunda opinión
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**.

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia
  - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal
  - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
  - Presentar una queja ante la Autoridad de Atención Médica de NM en **[www.yes.state.nm.us](http://www.yes.state.nm.us)** o llamar al **1-800-283-4465**, TTY **711**
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por la Autoridad de Atención Médica de NM o nuestros proveedores
  - Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Guía para Miembros**. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 a los números que se encuentran al final de esta página.

También puede llamar al número de contacto del Programa del Ombudsman de New Mexico al **1-800-432-2080**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora de la Montaña.

## **G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado**

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete NM-Y1 debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página. Tal vez podría apelar nuestra decisión.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan)**.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1 a los números que se encuentran al final de esta página.

**Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:**

UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department  
P.O. Box 6106  
MS CA120-0360  
Cypress, CA 90630-0016

**Para presentar apelaciones sobre medicamentos de la Parte D o de Medicaid únicamente:**

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department  
P.O. Box 6106  
MS CA120-0368  
Cypress, CA 90630-0016

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

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

Si usted cree que un médico, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1. Los números de teléfono son los números que se encuentran al final de esta página.
- O bien, comuníquese con la Autoridad de Atención Médica de New Mexico en **[www.yes.state.nm.us](http://www.yes.state.nm.us)** o llame al **1-800-283-4465**, los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
- O bien, llame a la Línea Directa para Denunciar Fraude de Medicaid de New Mexico al **1-800-228-4802**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **711**.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete NM-Y1 al **1-866-393-0208**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan)**.

## **Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o las Tarjetas de ID de Miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete NM-Y1:**



Llame al **1-866-393-0208**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

### **TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

# Recursos útiles

## Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos y recursos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si califica para el programa Ayuda Adicional, llame:

- A la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778** o visite [ssa.gov/es](https://ssa.gov/es)
- A la oficina estatal de Medicaid o visite [medicaid.gov](https://medicaid.gov)

## Recursos para Cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo a nuestros miembros y a las personas que cuidan de ellos. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame o visite [uhc.com/caregiving](https://uhc.com/caregiving).

## Estamos aquí para ayudarle

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podemos ayudar a conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida — todo sin costo para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:



Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar



Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos



Para recibir ayuda, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, si desea más información sobre los programas y requisitos de participación.

## Medicare Explicado

Medicare Explicado es un programa educativo de UnitedHealthcare diseñado para ayudarle a aprender todo lo que usted necesita saber sobre Medicare, de modo que pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.



[MedicareExplicado.com](https://MedicareExplicado.com)

# Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Encontrará los documentos del plan en **UHC.com/CommunityPlan**.



## ¿Consultó la Lista de Medicamentos (Formulario) en Internet para confirmar la cobertura de sus medicamentos con receta?

Los medicamentos que no están cubiertos por el plan podrían reemplazarse por medicamentos alternativos.



## ¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?

Este plan incluye una red de médicos, hospitales y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.



## ¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que su farmacia esté en la red?

Si su farmacia no está en la red, tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.



## ¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para revisar sus servicios médicos y medicamentos con receta?

Puede encontrar una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan en la Evidencia de Cobertura en Internet.



## Usted cumple los requisitos para inscribirse en este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) si:



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe beneficios de Medicaid del estado a través de UHC Turquoise Care



Vive en el área de servicio del plan

# Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, tiene algunas opciones entre las que elegir. Primero, necesitará tener a mano su tarjeta de Medicare, independientemente de la opción que elija.



## En internet

Visite [UHC.com/CommunityPlan](https://UHC.com/CommunityPlan) o escanee el código a continuación para inscribirse en Internet. Luego siga estos pasos simples:

- 1 Ingrese su código postal
- 2 Busque el plan **UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)** y elija el botón “Enroll” (Inscribirse)
- 3 Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón **“Chat now” (Chatear ahora)** para comunicarse con uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia.



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o programar una cita con un agente en su área.

Si ya tiene un agente, el agente puede revisar este plan con usted para asegurarse de que satisface sus necesidades antes de ayudarlo a inscribirse.



Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O puede llenar la solicitud de inscripción y enviárnosla. Si no hay una solicitud de inscripción en esta guía, llame al número anterior para solicitar una.

Escanee este código  
para inscribirse  
en Internet





# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, encontrará apoyo para lo que importa, sea grande o pequeño. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan Medicare Advantage.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta en Internet



Su UCard  
llega por correo –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece  
a usar su plan

## Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en **MyUHC.com/CommunityPlan**. En Internet, usted puede:

- Buscar proveedores y farmacias de la red y ver documentos del plan, como su Lista de Medicamentos (Formulario)
- Responder su evaluación de salud

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite **uhchousecalls.com** si desea más información
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio
- Revise los saldos de crédito de la UCard de UnitedHealthcare

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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

Escanee este código para  
descargar la aplicación  
UnitedHealthcare



Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Agentes de Ventas usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Agente de Ventas (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos                 | <input type="checkbox"/> Productos dentales, de la vista o de la audición |
| <input type="checkbox"/> Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) | <input type="checkbox"/> Productos de indemnización hospitalaria          |
| <input type="checkbox"/> Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)               |   |

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Agente de Ventas es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario no afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, no le inscribe en un plan de Medicare ni le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

## Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma del beneficiario/representante autorizado

Fecha de hoy

MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)

Relación con el beneficiario

## El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Agente de Ventas  
(nombre y apellidos)

Teléfono del Agente de Ventas

- - - - -

ID del Agente  
de Ventas

Nombre del beneficiario  
(nombre y apellidos)

Teléfono del beneficiario

- - - - -

Fecha en que se  
realizará la cita

MM - DD - YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial

Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

## Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud-punto de servicio (HMO-POS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

**Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

**Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas enfermedades crónicas.

**Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare** — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de costos de Medicare** — En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y deducibles de Medicare.

## Plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

**Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare** — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos planes privados de tarifa por servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

## Otros productos relacionados

**Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)** — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

**Productos dentales, de la vista o de la audición** — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

**Productos de indemnización hospitalaria** — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.



Solicitud de Inscripción 2025

☐ UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) H0294-049-000

Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
N.º de teléfono residencial (      )      —		N.º de teléfono móvil (      )      —

☐ Doy mi consentimiento para que UnitedHealthcare o sus compañías afiliadas me llamen al número de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.

N.º del Seguro Social (obligatorio para las personas que se inscriben en planes D-SNP [que tienen elegibilidad doble]):    — — — - — — - — — — —

N.º de Medicare

Dirección de residencia permanente (No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente)

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Dirección postal (Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Dirección de correo electrónico (opcional)

¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta? ☐ Sí ☐ No

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre del miembro

Nombre/N.º de ID del agente

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHNM25LP0222367\_001

Nombre del otro seguro			
N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)

**Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.**

**¿Qué métodos de pago desea usar?**

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que deba), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT).

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), el Seguro Social (Social Security, SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarlo:

- ☐ Con el cheque del Seguro Social
- ☐ Factura de parte de Medicare
- ☐ Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- ☐ Pago con el cheque del Seguro Social
- ☐ Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- ☐ Pago directamente desde una cuenta bancaria
  - Tipo de Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros
  - Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_
  - N.º de ruta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_
  - N.º de cuenta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan**

**1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o en un formato accesible?**

Si prefiere recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible, elija una opción: ☐ Inglés ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Otro

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHC.com/CommunityPlan** para obtener ayuda por Internet.

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP UHNM25LP0222367\_001

2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid: \_\_\_\_\_

3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- ☐ No, no soy de origen hispano, latino o español
- ☐ Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano
- ☐ Sí, puertorriqueño
- ☐ Sí, cubano
- ☐ Sí, de otro origen hispano, latino o español
- ☐ Prefiero no responder

4. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano     |
| Asiático:   | Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico:      |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático                     | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro        |
| <input type="checkbox"/> Chino                            | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii          |
| <input type="checkbox"/> Filipino                         | <input type="checkbox"/> Samoano                   |
| <input type="checkbox"/> Japonés                          | <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano                          |  |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                       | <input type="checkbox"/> Blanco                    |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática               | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder     |

☐ Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o estatal  
(nombre de la Tribu) \_\_\_\_\_

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?  
(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos) ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud \_\_\_\_\_  
N.º de miembro \_\_\_\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_  
Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP UHNM25LP0222367\_001

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

La lista que proporcione no limita la consulta solamente a estos proveedores. Usted puede consultar a cualquier médico que acepte Medicare y las condiciones de pago del plan. Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:	(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)
--	--

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor? ☐ Sí ☐ No

**Al incluir su correo electrónico en el espacio anterior, usted se inscribe automáticamente para recibir parte de la documentación de su plan por vía electrónica.**

Recibirá mucha de la documentación necesaria del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando nuevos documentos (por ejemplo, la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambios) están disponibles en Internet. Puede acceder a estos documentos utilizando su computadora, su tableta o su teléfono móvil.

**Marque aquí si prefiere recibir por correo copias impresas de los materiales necesarios:**

- ☐ En lugar de recibir documentos por vía electrónica, le enviaremos por correo una copia impresa de los materiales necesarios. Tenga en cuenta que algunos documentos son muy grandes y es posible que no entren en todos los buzones de correo. Puede cambiar su preferencia de envío en cualquier momento.

**Lea y firme**

**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

- ☐ Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- ☐ Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- ☐ Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento “Evidencia de Cobertura” de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHNM25LP0222367\_001



del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.

- ☐ Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- ☐ **Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- ☐ Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- ☐ La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- ☐ Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

**Al firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud**

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

**Firma del solicitante/miembro/representante autorizado**

**Fecha de hoy**

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes**

**Datos** (\* No un Agente de Ventas)

Apellidos	Nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHNM25LP0222367\_001

N.º de teléfono (        )        –	Relación con el solicitante
-------------------------------------	-----------------------------

**Para las Personas que ayudan al miembro a llenar este formulario únicamente**

Llene esta sección si usted es una persona (es decir, agentes de seguros, asesores del programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un miembro a llenar este formulario.

Nombre	Relación con el miembro
Firma	Número de Proveedor Nacional (agentes/agentes de seguros únicamente)

**Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia**

ID del sistema/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta
Nombre del grupo del empleador	
ID del grupo del empleador	ID de sucursal

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

<input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD)	<input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA)	<input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP)	<input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo)
<input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	<input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus)	<input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia)	<input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP)
<input type="checkbox"/> SEP (condición crónica)	<input type="checkbox"/> SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	<input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)	<input type="checkbox"/> OEPI
<input type="checkbox"/> SEP (razón del Período de Elección Especial) _____			

<b>Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional)</b>	<b>Fecha</b>
--	--------------

**Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo o fax a:**  
UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City , UT 84130-0769

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

---

Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

---

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD:** Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

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

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 6/30/2026

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

UHNM25LP0222367\_001

## Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

### Explicación de los beneficios

- ✓ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

### Explicación de reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Consulte la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios fuera de la red están cubiertos por este plan. Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle el cuidado.
- ✓ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.



Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

# Recibo de inscripción 2025

Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.

Use el recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. El recibo no es garantía de inscripción. Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.

<b>Solicitante 1:</b>	<b>Solicitante 2 (si corresponde):</b>
Nombre	Nombre
Fecha de la solicitud - -	Fecha de la solicitud - -
Fecha de vigencia prop. - -	Fecha de vigencia prop. - -
Nombre del plan	Nombre del plan
Tipo de plan	Tipo de plan
Plan de salud/N.º de PBP	Plan de salud/N.º de PBP
N.º de registro de inscripción (si corresponde)	N.º de registro de inscripción (si corresponde)

Si tiene alguna pregunta, llame a su Representante de Ventas con Licencia:

Nombre y N.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

RxBIN: 610097  
Rx PCN: 9999  
RxGRP: MPDCSP

**Estamos aquí para ayudarle.** Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

**Recordatorio importante -** No necesita un plan de seguro Medigap o complementario de Medicare con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.



# Información importante: Calificación 2025 de Medicare con Estrellas



## UnitedHealthcare - H0294

En el año 2025, UnitedHealthcare - H0294 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	★ ★ ★	3 estrellas
Calificación de los Servicios de Salud:	★ ★ ★ ½	3.5 estrellas
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	★ ★ ★	3 estrellas

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

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- ☐ Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- ☐ El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- ☐ La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- ☐ Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

**El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.**

★ ★ ★ ★ ★	EXCELENTE
★ ★ ★ ★	SUPERIOR AL PROMEDIO
★ ★ ★	PROMEDIO
★ ★	DEBAJO DEL PROMEDIO
★	DEFICIENTE

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY). Los miembros actuales pueden llamar al **866-393-0208** (número gratuito) o al **711** (TTY).

## **Aviso de no discriminación**

**La discriminación es ilegal.** La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye, ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones similares, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales.

Si cree que le han tratado en forma injusta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Correo electrónico:** **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**
- **Por correo postal:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- **En línea:** **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**
- **Teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, HHH Building, Room 509F  
Washington, D.C. 20201

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro o en el frente del folleto (TTY **711**).

Este aviso está disponible en

**<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.**



## Servicios de interpretación en diferentes idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card or listed on the cover of the booklet. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro o en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero na nasa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi o nakalista sa pabalat ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyo ng ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre ou sur la première de couverture de la brochure. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình bảo hiểm sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng hội viên của bạn hoặc ghi trên bìa của quyển sách nhỏ. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer an, die auf Ihrem Mitgliedsausweis oder auf dem Umschlag der Broschüre aufgeführt ist. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드 또는 이 소책자 표지에 나와 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана или спереди на буклете. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك أو على غلاف الكتيب. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर या पुस्तिका के अग्रभाग पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa o indicato sulla copertina dell'opuscolo. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro ou indicado na parte da frente do folheto. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an oswa ki endike sou kouvèti ti liv la. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na Pana/Pani karcie identyfikacyjnej lub na okładce broszury. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員 ID カードまたは本冊子の表紙に記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes



## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Dual Complete NM-Y1 (PPO D-SNP)

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



Llame al **1-866-393-0208**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **MyUHC.com/CommunityPlan** para:

- ☐ Servicios para la vista de rutina: MARCH® Vision Care
- ☐ Beneficios dentales de rutina: UnitedHealthcare Dental
- ☐ Transporte de rutina
- ☐ Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



### Aparatos auditivos

UnitedHealthcare Hearing  
1-877-704-3384  
UHChearing.com/Medicare



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum® Home Delivery Pharmacy  
1-877-889-6358  
MyUHC.com/CommunityPlan



### Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos

Solutran  
1-833-853-8587  
MyUHC.com/CommunityPlan



UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a miembros como usted. Puede contar con nosotros para que estemos aquí cuando nos necesite. Llámenos cuando necesite apoyo personalizado.

## Con gusto le ayudaremos



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



**UHC.com/CommunityPlan**



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

Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2025\_C SP

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare



UHNM25LP0216482\_004