



Resumen de Beneficios 2024

UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
R0759-003-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.
Llame a Servicio al Cliente o visite el sitio web para obtener más información sobre el plan.



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



UHCCommunityPlan.com

United
Healthcare®
Dual Complete

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 2024 al 31 de diciembre de 2024

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

UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)

Prima, deducible y límites médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
Prima mensual del plan	\$37.70	
Deducible médico anual	Su deducible médico combinado dentro y fuera de la red es de \$240 por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.	
Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)	\$8,850	\$13,300
	Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.	Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor.
	Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.	

Prima, deducible y límites médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Costo compartido de Medicare	Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica el costo compartido en esta tabla.	Si usted es un beneficiario de la categoría QMB o si recibe beneficios completos de Medicaid y su proveedor acepta Medicaid, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. De lo contrario, usted pagará el costo compartido como se indica en esta tabla.

Beneficios médicos			
		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados²		\$0 de copago por cada estadía, o; \$1,530 de copago por cada estadía	40% de coseguro por cada estadía
Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.			
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) ²	\$0 de copago por una colonoscopia \$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera	40% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía ²	\$0 de copago por una colonoscopia \$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera	40% de coseguro
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
Visitas al médico	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Especialistas ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
Servicios preventivos	Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año*	40% de coseguro, 1 por año*

Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
Cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 40% de coseguro (según el servicio)
<ul style="list-style-type: none"> □ Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal □ Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol □ Visita de bienestar anual □ Medición de masa ósea □ Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) □ Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual) □ Exámenes cardiovasculares □ Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina □ Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible) □ Evaluación de depresión □ Pruebas de detección y control de la diabetes □ Prueba de detección de hepatitis C □ Prueba de Detección del VIH 		<ul style="list-style-type: none"> □ Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) □ Servicios de terapia de nutrición clínica □ Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) □ Evaluación y asesoramiento sobre obesidad □ Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) □ Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas □ Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco) □ Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19 □ Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)



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

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


Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de emergencia		\$0 de copago o \$100 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.	
Servicios requeridos de urgencia		\$0 de copago o \$40 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita	
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) ²	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera	40% de coseguro
	Servicios de laboratorio ²	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Radiología terapéutica ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro

Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
 Servicios para la audición	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio ²	\$0 de copago	40% de coseguro
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago, 1 por año*	40% de coseguro, 1 por año*
	Aparatos auditivos ²	<p>Una asignación de \$3,600 para una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios • Amplia variedad de aparatos auditivos populares, incluso Beltone™, Oticon, Phonak, ReSound, Signia, Starkey®, Unitron™ y Widex® • La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía. 	
 Beneficios dentales de rutina	Preventivos e integrales ²	<p>\$2,000 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos*</p> <p>\$0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales y coronas</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sin deducible anual <input type="checkbox"/> Red dental nacional más grande de Medicare Advantage <input type="checkbox"/> Posibilidad de consultar a cualquier dentista <input type="checkbox"/> Si decide consultar a un dentista fuera de la red, es posible que se le facture más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0 	

Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
 Servicios para la vista	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos ²	\$0 de copago	40% de coseguro
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por año*	40% de coseguro, 1 por año*
	Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago; \$250 de crédito cada año, para hasta 2 pares de lentes y marcos o lentes de contacto (si son médicamente necesarios)*	

Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de 20/20 Eye Care Network, Inc. (solamente productos selectos).

Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
Salud mental	Visita como paciente hospitalizado ² Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago por cada estadía, o; \$1,530 de copago por cada estadía	40% de coseguro por cada estadía
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	
Centro de enfermería especializada (SNF)² (La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare) Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	\$0 de copago por día, días 1 a 100, o; \$0 de copago por día, días 1 a 20 \$204 de copago por día, días 21 a 100	40% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días	
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios	Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia ocupacional ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo	

Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
Ambulancia²		\$0 de copago o 20% de coseguro por transporte terrestre	20% de coseguro por transporte terrestre
Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.		\$0 de copago o 20% de coseguro por transporte aéreo	20% de coseguro por transporte aéreo
Transporte de rutina		\$0 de copago por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias*	75% de coseguro*
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Medicamentos para quimioterapia ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
El costo compartido dentro de la red indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos.	Insulina cubierta de la Parte B ²	\$0 de copago o 20% de coseguro, hasta \$35	40% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.		

Medicamentos con receta

Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos, usted paga:

Deducible Anual para Medicamentos con Receta Su deducible es \$0

Suministro de 30 días[^] o 100 días en una farmacia minorista de la red

Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	\$0, \$1.55, o \$4.50 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
--	--

Todos los demás medicamentos	\$0, \$4.60, o \$11.20 de copago (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
------------------------------	---

[^]Los miembros que viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Beneficios adicionales


		Dentro de la red	Fuera de la red
Acupuntura	Servicios de acupuntura de rutina	\$0 de copago, 12 visitas por año*	40% de coseguro, 12 visitas por año*
Cuidado quiropráctico	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Cuidado quiropráctico de rutina	\$0 de copago, 12 visitas por año*	40% de coseguro, 12 visitas por año*

Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
Manejo de la diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>	40% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	40% de coseguro
	Plantillas o zapatos terapéuticos ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro

Beneficios adicionales			
		Dentro de la red	Fuera de la red
Cuidado de los pies (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago, 8 visitas por año*	40% de coseguro, 8 visitas por año*
Beneficio de comidas²		\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF).	
Cuidado de asistencia médica a domicilio²		\$0 de copago	\$0 de copago
Cuidados Paliativos		Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
Línea de Asesoramiento de Enfermería		Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos²		\$0 de copago	\$0 de copago
Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago o 20% de coseguro	40% de coseguro

Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
 Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	<p>\$43 de crédito cada mes para pagar alimentos saludables, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y facturas de servicios públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua <input type="checkbox"/> 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 más <input type="checkbox"/> Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet <input type="checkbox"/> Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Kroger y CVS, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca 	
Sistema personal de respuesta ante emergencias	\$0 de copago por un sistema personal de respuesta ante emergencias (personal emergency response system, PERS). Puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo PERS puede conectarle rápidamente con un operador cuando necesite ayuda, las 24 horas del día en cualquier situación.	
Diálisis Renal²	\$0 de copago o 20% de coseguro	20% de coseguro

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

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

Deducible del plan

Su plan tiene un deducible para ciertos servicios. La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos.

Se aplica el deducible a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario.

Deducible médico anual

Su deducible es de \$240 por año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

Funciona de la siguiente manera:

1. Usted paga el deducible total de su plan; luego,
2. Usted paga su copago o coseguro; finalmente,
3. Su plan paga el resto.

Se aplica el deducible tanto dentro como fuera de la red a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario:

Dentro de la red	Fuera de la red
Lista de servicios que corresponden	Lista de servicios que corresponden
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
<input type="checkbox"/> Centro de cirugía ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Centro de cirugía ambulatoria (ASC)
<input type="checkbox"/> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía
<input type="checkbox"/> Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	<input type="checkbox"/> Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios
Visitas al médico	Visitas al médico
<input type="checkbox"/> Médico Primario	<input type="checkbox"/> Médico Primario
<input type="checkbox"/> Especialistas	<input type="checkbox"/> Especialistas
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías	Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías
<input type="checkbox"/> Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI)
<input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio	<input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio
<input type="checkbox"/> Pruebas y procedimientos de diagnóstico	<input type="checkbox"/> Pruebas y procedimientos de diagnóstico
<input type="checkbox"/> Radiología terapéutica	<input type="checkbox"/> Radiología terapéutica

Radiografías para pacientes ambulatorios

Radiología terapéutica
 Radiografías para pacientes ambulatorios

Servicios para la audición

Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio

Servicios para la audición

Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio

Servicios para la vista

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos
 Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas

Servicios para la vista

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos
 Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas

Salud mental

Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
 Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Salud mental

Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
 Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje

Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje

Ambulancia

Ambulancia

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos para quimioterapia
 Otros medicamentos de la Parte B

Medicamentos de la Parte B de Medicare

Medicamentos para quimioterapia
 Otros medicamentos de la Parte B

Cuidado quiropráctico

Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación

Cuidado quiropráctico

Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación

Manejo de la diabetes

Suministros para el control de la diabetes
 Plantillas o zapatos terapéuticos

Manejo de la diabetes

Suministros para el control de la diabetes
 Capacitación para el automanejo de la diabetes
 Plantillas o zapatos terapéuticos

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)
 Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)
 Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)

Cuidado de los pies

Exámenes y tratamiento de los pies

Cuidado de los pies

Exámenes y tratamiento de los pies

Visita de terapia ocupacional

Visita de terapia ocupacional

Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos

Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Diálisis renal

Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos

Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias

- Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Diálisis renal

Servicios para pacientes hospitalizados

- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados
- Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados

Centro de enfermería especializada (SNF)

Cuidado de asistencia médica a domicilio

Beneficios de Medicaid

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

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. También podrá ver lo que cubre Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) y lo que cubre nuestro plan.

La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid. Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Florida Department of Children and Families, 1-850-487-1111.

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid* (incluso servicios de cuidado de asistencia)	Con cobertura
Visitas al consultorio médico	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
	<p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p> <p>Incluye pruebas de detección, servicios de salud en áreas rurales, centros de salud con aprobación federal, servicios clínicos y servicios de parte de un asistente médico.</p>	
Cirugía para pacientes ambulatorios	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	Con cobertura
Cuidado de emergencia	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p>	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *	
Servicios requeridos de urgencia	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura
Servicios para la audición	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
Servicios dentales	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura
Servicios para la vista	<p>Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid, incluso hasta un examen de la vista de rutina, hasta un par de marcos por año (quedan incluidos los lentes y marcos de anteojos cubiertos por Medicaid) y, en total, hasta dos pares de lentes por año (quedan incluidos los lentes cubiertos por Medicaid), o bien, lentes de contacto (si son médicamente necesarios).*</p> <p>Es posible que se requiera preautorización y los servicios deben ser prestados por un proveedor de servicios para la vista participante.</p>	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
Cuidado preventivo	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	Con cobertura
Cuidado de la salud mental <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Administración de casos de salud del comportamiento dirigida a grupos específicos <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental comunitarios <input type="checkbox"/> Administración de casos de salud mental 	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	Con cobertura
Rehabilitación para pacientes ambulatorios	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p>	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p> <p>Incluye los servicios de un fisioterapeuta registrado, servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p>	
Ambulancia	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura
Transporte (de rutina)	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p> <p>En el caso de los miembros que califican para recibir beneficios adicionales de Medicaid, cuando los servicios de transporte son prestados por un proveedor participante, Medicaid paga un número ilimitado de viajes para este servicio si no tiene cobertura de Medicare o si se ha agotado todo el beneficio de Medicare.</p>	Con cobertura
Beneficios de medicamentos con receta	Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos por la Parte D.	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
Cuidado quiropráctico	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	Con cobertura
Suministros y servicios para la diabetes	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid*</p>	Con cobertura
Equipo médico duradero (Sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p>	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *	
Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	<p>Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *, incluso los servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p>	Con cobertura
Cuidados paliativos	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura

Beneficios		
	Medicaid	UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP)
	<p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	
Diálisis renal	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura
Prótesis (abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales, etc.)	<p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	Con cobertura
Productos de venta sin receta (con receta)	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *	Con cobertura

Acerca de este plan

UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP) es un plan Medicare Advantage RPPO que tiene un contrato con Medicare.

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

Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP); es para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores. Algunas personas reciben beneficios completos de Medicaid. Otras solamente reciben ayuda para pagar ciertos costos de Medicare, que posiblemente incluyan primas, deducibles, coseguros o copagos.

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

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

tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.
- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

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

Nuestra área de servicio incluye **Florida**.

Use proveedores y farmacias de la red

UHC Dual Complete FL-D005 (Regional PPO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede consultar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Además, le ofrece la flexibilidad de acceder a una red de proveedores locales. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las tablas anteriores aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

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

Información necesaria

UHC Dual Complete FL-D005 (Regional 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.

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

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-842-4968 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

Aparatos auditivos

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

Beneficios dentales de rutina

Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios dentales según Zelis Network360, mayo de 2023.

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. Tamaño de la red de servicios para la vista según Zelis Network360, marzo de 2023. Examen de la vista de rutina anual y asignación de \$100-400 para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total, ya sea anualmente o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

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 consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

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

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

cuando esto ocurra.

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

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

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

Programa de Recompensas

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