

# Resumen de Beneficios 2021

Plan Medicare Advantage  
con Cobertura de  
Medicamentos con Receta

**UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)**  
H1889-002-002

Consulte esta guía y aproveche las coberturas de medicamentos y servicios de salud que proporciona el plan.

Llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio en Internet para obtener más información sobre el plan.



Llamada gratuita **1-844-560-4944**, TTY **711**

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



**[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**



# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021

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. Puede consultarla por Internet en [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com), o puede llamar a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Al inscribirse en el plan recibirá información indicándole dónde debe ir en Internet para ver su Evidencia de Cobertura.

### Acerca de este plan.

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

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, 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 de la Parte B, deducibles, coseguros y copagos. 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 solamente paga sus primas de la Parte A y de la Parte B, deducibles, coseguros y copagos. 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 tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.
- Individuo Calificado (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 tiene 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 tiene los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tienen un costo compartido para el miembro.
  
- **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 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 estos condados de:

**Florida:** Broward, Charlotte, Collier, DeSoto, Glades, Hardee, Hendry, Lee, Manatee, Miami-Dade, Palm Beach, Sarasota.

## Use proveedores y farmacias de la red.

UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted tiene la libertad de 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 siguientes tablas aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los

medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.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.

# UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)

## Primas y beneficios

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	\$30.80	
<b>Deducible Médico Anual</b>	Su deducible es de \$198 por año 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.	
<b>Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)</b>	\$7,550 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de proveedores dentro de la red.	\$11,300 anuales por servicios cubiertos por Medicare que usted reciba de cualquier proveedor.
	Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá obteniendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año.  Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales y el costo compartido de los medicamentos con receta de la Parte D.	

# UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)

## Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>		\$0 de copago a \$1,400 de copago por cada estadía	\$1,400 de copago por cada estadía
		Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b>  Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup>	\$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico De lo contrario, \$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de Cuidado Primario	\$0 de copago	40% de coseguro
	Visitas virtuales médicas	\$0 de copago; Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	
	Especialistas <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro

## Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cuidado preventivo</b>	Cubierto por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago - 40% de coseguro (dependiendo del servicio)
		<p>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</p> <p>Visita de “Bienestar” anual</p> <p>Medición de masa ósea</p> <p>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Enfermedad cardiovascular (terapia conductual)</p> <p>Exámenes cardiovasculares</p> <p>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <p>Evaluación de depresión</p> <p>Pruebas de detección y control de la diabetes</p> <p>Prueba de detección de hepatitis C</p> <p>Prueba de detección del VIH</p> <p>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Servicios de terapia de nutrición clínica</p> <p>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</p> <p>Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</p> <p>Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Tratamiento del tabaquismo (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con tabaco)</p> <p>Vacunas, incluso vacunas antigripales, vacuna contra la hepatitis B y vacuna antineumocócica</p> <p>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</p>	
		Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.	

## Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
		Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.	
	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por año *	40% de coseguro; 1 por año *
<b>Cuidado de emergencia</b>		\$0 de copago a \$90 de copago (\$0 de copago por cobertura 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 “Servicios Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.	
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>		\$0 de copago a \$65 de copago (\$0 de copago si se trata de cobertura mundial)	
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI) <sup>2</sup>	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$0 de copago a 20% de coseguro, de otra manera	40% de coseguro
	Servicios de laboratorio <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Radiología terapéutica <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro



## Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y el equilibrio <sup>2</sup>	\$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 <sup>2</sup>	Asignación de \$2,500 para aparatos auditivos, hasta 2 aparatos auditivos cada 2 años.*	Asignación de \$2,500 para los aparatos auditivos con entrega a domicilio disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solamente productos selectos)*
<b>Beneficios de Routine Dental</b>	Preventivos	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *
	Integrales <sup>2</sup>	\$0 de copago por servicios dentales integrales *	\$0 de copago por servicios dentales integrales *
	Límite de beneficios	\$2,500 de límite en todos los servicios dentales cubiertos *	

## Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios para la vista</b>	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>2</sup>	\$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 cada año*	40% de coseguro; 1 cada año*
	Artículos para la vista	\$0 de copago; \$250 de crédito cada año, para hasta dos pares de lentes y marcos, o lentes de contacto (si son médicamente necesarios)*	\$0 de copago; \$250 de crédito cada año, para hasta por dos pares de lentes y marcos o lentes de contacto (si son médicamente necesarios)*
<b>Salud mental</b>	Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup>	\$0 de copago a \$1,400 de copago por cada estadía	\$1,400 de copago por cada estadía
		Nuestro plan cubre 90 días de estadía en un hospital como paciente hospitalizado.	
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago. Hable con proveedores de telesalud que sean parte de la red, mediante su computadora, teléfono celular o tableta.	

## Beneficios

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b> <b>(La estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)</b>		\$0 de copago hasta: \$0 de copago por día, por los días 1 a 20 \$185.50 de copago por día, por los días 21 a 100	40% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días
		Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	
<b>Visita de fisioterapia y de terapia del habla y del lenguaje<sup>2</sup></b>		\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b>  Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte en situaciones que no son una emergencia.		\$0 de copago a 20% de coseguro por transporte terrestre \$0 de copago a 20% de coseguro por transporte aéreo	20% de coseguro por transporte terrestre 20% de coseguro por transporte aéreo
<b>Transporte de rutina</b>		\$0 de copago; 60 viajes por año, en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados *	75% de coseguro *
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>  Los medicamentos de la Parte B de Medicare pueden estar sujetos a terapia escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información más detallada sobre este beneficio.	Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro

## Medicamentos con Receta

<b>Deducible anual para medicamentos con receta</b>	\$0
<b>Suministro de 30 días o 90 días en una farmacia minorista de la red</b>	
<b>Todos los Medicamentos Cubiertos</b>	\$0 de copago Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Acupuntura</b>	Acupuntura cubierta por Medicare <sup>2</sup>	\$0 de copago por los servicios prestados por un médico de cuidado primario \$0 de copago a 20% de coseguro por los servicios prestados por un especialista	40% de coseguro por los servicios prestados por un médico de cuidado primario 40% de coseguro por los servicios prestados por un especialista
	Servicios de acupuntura de rutina	\$0 de copago; 12 visitas de acupuntura por año *	40% de coseguro; 12 visitas de acupuntura por año *
<b>Cuidado quiropráctico</b>	Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Cuidado quiropráctico de rutina	\$0 de copago; 12 visitas de quiropráctica por año *	40% de coseguro; 12 visitas de quiropráctica por año *

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Manejo de la Diabetes</b>	Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>	<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®, 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
	Zapatos e insertos terapéuticos <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro

## Beneficios adicionales

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Cuidado de rutina de los pies	\$0 de copago; por cada visita, hasta 12 visitas cada año *	40% de coseguro; por cada visita, hasta 12 visitas cada año *
<b>Beneficio de comidas<sup>2</sup></b>		\$0 de copago; Comidas proporcionadas hasta 2 veces por año calendario, inmediatamente después de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada.	
<b>Programa de cuidado de la salud a domicilio<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Cuidados paliativos</b>		Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte del costo de los medicamentos y por el relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.	
<b>NurseLine</b>		Hable con una enfermera titulada (RN) las 24 horas del día, los 7 días de la semana	
<b>Visita de terapia ocupacional<sup>2</sup></b>		\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
<b>Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios para pacientes ambulatorios por abuso de sustancias</b>	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$0 de copago a 20% de coseguro	40% de coseguro

## Beneficios adicionales

	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC)</b>	\$240 de crédito por trimestre para usar en la compra de productos para la salud aprobados en sitios minoristas de la red. Realice su pedido por Internet, por teléfono o por correo a través del Catálogo de Productos de FirstLine.	
<b>Beneficio de Alimentos Saludables</b>	\$25 de crédito por mes para la compra de alimentos saludables tales como verduras, frutas, granos, leche, carnes y más.	
<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias</b>	Puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo de monitoreo PERS puede darle la confianza de saber que, ante cualquier situación de emergencia, usted puede recibir ayuda rápidamente, las 24 horas del día, sin costo adicional.	
<b>Diálisis renal<sup>2</sup></b>	\$0 de copago a 20% de coseguro	20% de coseguro

Los servicios con un 2 posiblemente requieren 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 \$198 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
<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico</li><li><input type="checkbox"/> Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico</li><li><input type="checkbox"/> Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios</li></ul>	<b>Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC)</li><li><input type="checkbox"/> Servicios Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios, incluso cirugía</li><li><input type="checkbox"/> Servicios Hospitalarios de Observación para Pacientes Ambulatorios</li></ul>
<b>Visitas al Médico</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Médico Primario</li><li><input type="checkbox"/> Especialistas</li></ul>	<b>Visitas al Médico</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Médico Primario</li><li><input type="checkbox"/> Especialistas</li></ul>
<b>Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiología y Radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico</li><li><input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio</li><li><input type="checkbox"/> Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li><li><input type="checkbox"/> Radiología terapéutica</li></ul>	<b>Pruebas de Diagnóstico, Servicios de Laboratorio y Radiología y Radiografías</b> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI)</li><li><input type="checkbox"/> Servicios de laboratorio</li><li><input type="checkbox"/> Pruebas y procedimientos de diagnóstico</li></ul>

<input type="checkbox"/> Radiografías para pacientes ambulatorios	<input type="checkbox"/> Radiología terapéutica <input type="checkbox"/> Radiografías para pacientes ambulatorios
<b>Servicios para la Audición</b> <input type="checkbox"/> Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio	<b>Servicios para la Audición</b> <input type="checkbox"/> Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio
<b>Servicios para la Vista</b> <input type="checkbox"/> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <input type="checkbox"/> Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	<b>Servicios para la Vista</b> <input type="checkbox"/> Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <input type="checkbox"/> Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas
<b>Salud Mental</b> <input type="checkbox"/> Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	<b>Salud Mental</b> <input type="checkbox"/> Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios
<b>Visita de Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje</b>	<b>Visita de Fisioterapia y Terapia del Habla y del Lenguaje</b>
<b>Ambulancia (Todo lo que no es de emergencia)</b>	<b>Ambulancia (Todo lo que no es de emergencia)</b>
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <input type="checkbox"/> Medicamentos para quimioterapia <input type="checkbox"/> Otros medicamentos de la Parte B	<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b> <input type="checkbox"/> Medicamentos para quimioterapia <input type="checkbox"/> Otros medicamentos de la Parte B
<b>Acupuntura</b> <input type="checkbox"/> Acupuntura cubierta por Medicare	<b>Acupuntura</b> <input type="checkbox"/> Acupuntura cubierta por Medicare
<b>Cuidado Quiropráctico</b> <input type="checkbox"/> Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación	<b>Cuidado Quiropráctico</b> <input type="checkbox"/> Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación
<b>Manejo de la Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Suministros para el control de la diabetes <input type="checkbox"/> Plantillas o zapatos terapéuticos	<b>Manejo de la Diabetes</b> <input type="checkbox"/> Suministros para el control de la diabetes <input type="checkbox"/> Capacitación para el automanejo de la diabetes <input type="checkbox"/> Plantillas o zapatos terapéuticos
<b>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados</b> <input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	<b>Equipo Médico Duradero (DME) y Suministros Relacionados</b> <input type="checkbox"/> Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)

<input type="checkbox"/> Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)	<input type="checkbox"/> Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)
<b>Cuidado de los Pies</b> <input type="checkbox"/> Exámenes y tratamiento de los pies	<b>Cuidado de los Pies</b> <input type="checkbox"/> Exámenes y tratamiento de los pies
<b>Visita de Terapia Ocupacional</b>	<b>Visita de Terapia Ocupacional</b>
<b>Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos</b>	<b>Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos</b>
<b>Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias</b> <input type="checkbox"/> Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	<b>Servicios para Pacientes Ambulatorios por Abuso de Sustancias</b> <input type="checkbox"/> Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <input type="checkbox"/> Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios
<b>Diálisis Renal</b>	<b>Diálisis Renal</b>
	<b>Servicios para Pacientes Hospitalizados</b> <input type="checkbox"/> Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental para pacientes hospitalizados
	<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b>
	<b>Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio</b>

# Beneficios de Medicaid

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

Los beneficios descritos a continuación tienen cobertura de Medicaid. También podrá ver lo que cubre Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) y lo que cubre nuestro plan. Si un beneficio se utiliza al máximo o si no tiene cobertura de Medicare, es posible que Medicaid lo cubra. Esto depende del tipo de cobertura de Medicaid que usted tenga.

Es posible que los beneficios marcados con un asterisco (\*) no estén disponibles para todos los afiliados. Es posible el pago de los costos compartidos de Medicare esté disponible para los afiliados en las categorías QMB, QMB+, y FBDE de Medicaid.

La cobertura de los servicios de Medicaid indicados más abajo depende de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Los servicios deben ser suministrados por un proveedor de Medicaid. Si tiene preguntas sobre los requisitos que debe cumplir para Medicaid, llame a Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), 1-888-419-3456.

Es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted pero esto dependerá de la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid. Si Medicare no cubre cierto servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, ajustándose a los costos compartidos que se indican más abajo.

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>	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

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)
<b>Visitas al consultorio médico</b>	<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> <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>	Con cobertura
<b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b>	<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
<b>Cuidado de emergencia</b>	<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>	Con cobertura

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (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: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *</p>	
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	<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
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías</b>	<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

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)
<b>Servicios para la audición</b>	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
<b>Servicios dentales</b>	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
<b>Servicios para la vista</b>	<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, incluso hasta un examen de la vista de rutina y hasta dos pares de anteojos por año (quedan incluidos los lentes y marcos de los anteojos cubiertos por Medicaid), o bien lentes de contacto (si son necesarios por razones médicas).*</p>	Con cobertura

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)
	Es posible que se requiera autorización previa y los servicios deben ser proporcionados por un proveedor de servicios para el Servicios para la vista dentro de la red.	
<b>Cuidado preventivo</b>	<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
<b>Cuidado de la salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Administración de casos de salud del comportamiento dirigida a grupos específicos</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de salud mental comunitarios</li> <li><input type="checkbox"/> Administración de casos de salud mental</li> </ul>	<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



## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)
<b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	<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> <p>Incluye los servicios de un fisioterapeuta registrado, servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p>	Con cobertura
<b>Ambulancia</b>	<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
<b>Transporte (de rutina)</b>	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *	Con cobertura

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)
	<p>En el caso de los afiliados que califican para recibir servicios adicionales de Medicaid, cuando los servicios de transportación son proporcionados por un proveedor dentro de la red, 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>	
<b>Beneficios de medicamentos con receta</b>	<p>Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos por la Parte D</p>	Con cobertura
<b>Cuidado quiropráctico</b>	<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
<b>Suministros y servicios para la diabetes</b>	<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	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *	
<b>Equipo médico duradero (sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</b>	<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
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>	<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
<b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b>	Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura

## Beneficios

	Medicaid	UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (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: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *, incluso los servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p>	
<b>Cuidados paliativos</b>	<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
<b>Diálisis renal</b>	<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

## Beneficios

	<b>Medicaid</b>	<b>UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)</b>
<b>Prótesis (abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales, etc.)</b>	<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
<b>Productos de venta sin receta (con receta)</b>	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid *	Con cobertura

# 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

- ✓ Revise la lista completa de los beneficios que aparece en la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC), especialmente los servicios para los que normalmente consulta a un médico. Llámenos o visítenos en Internet 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 pregunte a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta ahora estén en la red.
- ✓ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté en la red. Si la farmacia no aparece en la lista, probablemente usted tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.

## Explicación de las 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.
- ✓ Es posible que los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Sin embargo, aunque pagamos los servicios cubiertos prestados por un proveedor no contratado, el proveedor debe aceptar darle atención. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar el cuidado.
- ✓ 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.

## Información necesaria

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del Estado como de 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". Puede consultarlo en Internet en [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) o pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare Insurance Company cumple con todas las leyes de derechos civiles federales vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-855-814-6894 (TTY: 711).

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

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta guía.

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

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

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

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

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

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