



# Aviso Anual de Cambios 2024

UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP)



Número gratuito **1-866-480-1086**, TTY **711**

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



**[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**

**¿Tenemos su dirección correcta?**

Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.

United  
Healthcare®

# Encuentre las actualizaciones de su plan para el próximo año

Este aviso le proporciona información sobre las actualizaciones de su plan, pero tenga en cuenta que no incluye todos los detalles. En este aviso usted será dirigido a [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) para revisar los detalles en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2023**.

## Directorio de Proveedores

Revise el Directorio de Proveedores 2024 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.

## Directorio de Farmacias

Revise el Directorio de Farmacias 2024 en Internet para saber qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

## Lista de Medicamentos (Formulario)

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

## Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2024 para obtener información detallada de los costos y beneficios de su plan. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus Derechos y Responsabilidades como miembro.

## ¿Prefiere recibir copias impresas?

Si desea una copia impresa de todo lo indicado anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 (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.

## Reduzca la acumulación de papeles y obtenga los documentos del plan más rápido.

Visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

**UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP) ofrecido por UnitedHealthcare**

# Aviso Anual de Cambios para 2024



**Actualmente está inscrito como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP).**

El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. Consulte la página 7 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluso la Prima. Este documento explica los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la Evidencia de Cobertura, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en **UHC.com/Medicare**. Puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

## Qué debe hacer ahora

### 1. Pregúntese: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios en los beneficios y los costos para saber si le afectan.
- Revise los cambios en los costos de el cuidado médico (médico, hospital).
- Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluso los requisitos de autorización y los costos.
- Considere cuánto le costarán las primas, los deducibles y los costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de Medicamentos 2024 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Compruebe que sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, sean parte de nuestra red el próximo año.
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

**2. Compare:** Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted vive. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2024.
- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

**3. Elija:** Usted decide si se cambia de plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2023, usted será inscrito en UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP).
- Si desea cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2024**. Esto terminará su inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP).
- Si recientemente se mudó a una institución, vive actualmente o acaba de mudarse fuera de ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

**Recursos Adicionales**

- 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. Para obtener más información, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o en la portada de la guía de su plan.
- 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. For more information, please call us toll-free at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.
- La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC)**, además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families](https://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

**Acerca de UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP)**

- Los planes están asegurados 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.

- El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Indiana Medicaid para coordinar los beneficios que usted recibe de Medicaid.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en este documento, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP).

# Aviso Anual de Cambios para el año 2024

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para el año 2024.....</b>		<b>7</b>
<b>Sección 1</b>	<b>Cambio del Nombre del Plan.....</b>	<b>10</b>
<b>Sección 2</b>	<b>Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año.....</b>	<b>10</b>
	Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual.....	10
	Sección 2.2: Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo.....	10
	Sección 2.3: Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias.....	12
	Sección 2.4: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....	12
	Sección 2.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D .....	18
<b>Sección 3</b>	<b>Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....</b>	<b>20</b>
	Sección 3.1: Si Desea Seguir en UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP).....	20
	Sección 3.2: Si Decide Cambiar de Plan.....	21
<b>Sección 4</b>	<b>Cambiar de Plan.....</b>	<b>22</b>
<b>Sección 5</b>	<b>Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid..</b>	<b>22</b>
<b>Sección 6</b>	<b>Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....</b>	<b>23</b>
<b>Sección 7</b>	<b>¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>24</b>
	Sección 7.1: Cómo Recibir Ayuda de UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP)..	24
	Sección 7.2: Cómo Recibir Ayuda de Medicare.....	24
	Sección 7.3: Cómo Recibir Ayuda de Medicaid.....	25

## Resumen de costos importantes para el año 2024

La siguiente tabla compara, en varias áreas importantes, los costos del año 2023 con los costos del año 2024 del plan UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.** Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid y su proveedor acepta Medicaid, usted paga \$0 de copago por el deducible, las visitas al consultorio médico y estadías en el hospital como paciente hospitalizado.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan *</b></p> <p>*Es posible que la prima sea mayor que esta cantidad. (Consulte la Sección 2.1 para obtener información detallada.)</p>	\$0	\$0
<p><b>Deducible médico anual</b></p>	En el año 2023, su plan no tiene un deducible.	Su deducible es de de \$0 o el deducible de la Parte B de Medicare Original, de manera combinada, dentro y fuera de la red. El deducible de Medicare Original del año 2023 es de \$226. El deducible para el año 2024 será determinado por CMS en el otoño de 2023. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.
<p><b>Máximos de gastos de su bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener información detallada.)</p>	<p>De proveedores de la red: \$0</p> <p>De proveedores dentro y fuera de la red, combinados: \$0 o \$12,450</p>	<p>De proveedores de la red: \$0</p> <p>De proveedores dentro y fuera de la red, combinados: \$0 o \$13,300</p>



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-480-1086**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago o 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago o 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago o 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago o 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p>
<p><b>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por</p>



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-480-1086**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	<p>Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago o 40% del costo total por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).</p>	<p>Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago o 40% del costo total por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 2.5 para obtener información detallada.) Para saber cuáles son los Medicamentos de Insulina Cubiertos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.</p>	<p>Deducible:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0</p> <p>Por todos los medicamentos cubiertos:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p>	<p>Deducible:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0</p> <p>Por todos los medicamentos cubiertos:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p>



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-480-1086**, TTY 711, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

## Sección 1 Cambio del Nombre del Plan

El día 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de UnitedHealthcare Dual Complete® (PPO D-SNP) a UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. Si tiene alguna pregunta o si su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Usted verá el nombre del nuevo plan reflejado en próximas comunicaciones que muestran el nombre del plan.

## Sección 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

### Sección 2.1 Cambios en la Prima Mensual

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid.)	\$0	\$0

### Sección 2.2 Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red</b>  Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Indiana Family and Social Services Administration (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.	\$0  Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$0  Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) que haya recibido de proveedores de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.</p>		
<p><b>Máximo de gastos de su bolsillo combinado</b></p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Indiana Family and Social Services Administration (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B</p> <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y</p>	<p>\$0 o \$12,450</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Una vez que haya pagado \$12,450 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la</p>	<p>\$0 o \$13,300</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Una vez que haya pagado \$13,300 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la</p>

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
deducibles) que haya recibido de proveedores dentro y fuera de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo combinado de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por servicios médicos.	Parte A y la Parte B que reciba de proveedores dentro y fuera de la red durante el resto del año calendario.	Parte A y la Parte B que reciba de proveedores dentro y fuera de la red durante el resto del año calendario.

Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de “gastos de su bolsillo” durante el año. A estos límites se les llama “máximos de gastos de su bolsillo”. Una vez que alcance ese máximo, generalmente usted no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

**Sección 2.3 Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias**

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web en [myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores y las farmacias o para pedir que se le envíe por correo un directorio, el cual le enviaremos en un plazo no mayor de tres días hábiles.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 2024 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2024 para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestros proveedores le afecta a usted, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarle.

**Sección 2.4 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**

Tenga en cuenta que el **Aviso Anual de Cambios** solamente le muestra los cambios en sus beneficios y costos de [Medicare](#).

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe esos cambios.

Según sea su categoría de participación en Medicaid, por los servicios cubiertos por Medicare:

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, y su proveedor acepta Medicaid, usted paga \$0 de copago por su costo compartido de Medicare.

Si usted no es un Beneficiario Calificado de Medicare o no recibe beneficios completos de Medicaid, o si recibe beneficios completos de Medicaid y consulta a un proveedor fuera de la red que no acepta Medicaid, debe pagar el costo compartido de Medicare.

El costo compartido de Medicare incluye copagos, coseguros y deducibles. Para obtener información detallada, comuníquese con Indiana Family and Social Services Administration (Medicaid) al 1-800-403-0864.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Deducible médico anual</b>	En el año 2023, su plan no tiene un deducible.	Su deducible es de \$0 o el deducible de la Parte B de Medicare Original, de manera combinada, dentro y fuera de la red. El deducible de Medicare Original del año 2023 es de \$226. El deducible para el año 2024 será determinado por CMS en el otoño de 2023. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales</b> Servicios dentales preventivos e integrales</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$3,000 por año. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted puede recibir los servicios dentales de un dentista fuera de la red. Si un dentista fuera de la red le cobra más de lo que el plan paga, es posible que se le cobre a usted la diferencia, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$3,000 por año. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>Usted puede recibir los servicios dentales de un dentista fuera de la red. Si un dentista fuera de la red le cobra más de lo que el plan paga, es posible que se le cobre a usted la diferencia, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0.</p> <p>La lista de los servicios cubiertos por su plan ha cambiado. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios para la audición</b> Aparatos auditivos</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$3,600 para hasta 2 aparatos auditivos con receta cada año (solamente productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores que ofrece UnitedHealthcare Hearing para tener acceso a este beneficio.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$3,600 para hasta 2 aparatos auditivos con receta y de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cada año (solamente productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores que ofrece UnitedHealthcare Hearing para tener acceso a este beneficio.</p>
<p><b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por antígenos para alergias de la Parte B cubiertos por Medicare (fuera de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago o 20% del costo total, de otra manera (fuera de la red).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago o 20% del costo total (fuera de la red).</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño y facturas de servicios públicos</b></p>	<p>\$110 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, alimentos saludables, y pagar ciertas facturas de servicios públicos. Los créditos vencen al final de cada mes.</p> <p>No se cubren dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño.</p>	<p>\$146 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño selectos, alimentos saludables, y pagar ciertas facturas de servicios públicos. Los créditos vencen al final de cada mes.</p> <p>Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.



Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Transporte (de rutina, adicional)</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 48 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 75% de coseguro por 48 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios (fuera de la red).</p> <p>Los viajes se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 75% de coseguro por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios (fuera de la red).</p> <p>Los viajes se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>Los servicios de transporte son prestados por LCP.</p>
<p><b>Cuidado de la vista</b> Artículos para la vista cubiertos por Medicare</p>	<p>Usted paga \$0 de copago (fuera de la red).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago o 40% del costo total (fuera de la red).</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Cuidado de la vista</b> Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por lentes estándar y recibe hasta \$600 para la compra de marcos o lentes de contacto a través de un proveedor de UnitedHealthcare Vision cada año.</p> <p>Se limita a 1 par de lentes y marcos estándar cada año. o Lentes de contacto en lugar de lentes y marcos cada año.</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Vision.</p>	<p>Reciba un crédito total de \$300 para la compra de marcos/lentes o lentes de contacto cada año.</p> <p>Se limita a 1 par de marcos/lentes y lentes de contacto cada año.</p> <p>El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

## Sección 2.5 Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D

### Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. **Para**

**obtener la Lista de Medicamentos completa** llame a Servicio al Cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web ([myuhc.com/communityplan](http://myuhc.com/communityplan)).

En nuestra Lista de Medicamentos realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción, o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que durante el año hagamos otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos considere peligrosos o los que el fabricante del producto retire del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet para proporcionar la lista de medicamentos más reciente.

Para saber cuáles son las Insulinas Cubiertas, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, entre ellas, cómo solicitar un suministro temporal, cómo solicitar una excepción o cómo encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

**Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta**

**Nota:** Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a pagar sus medicamentos, **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.**

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”.

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas – la Etapa del Deducible Anual y la Etapa de Cobertura Inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas – la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.)

**Cambios en la Etapa del Deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D)</b>	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.

### Cambios en su Costo Compartido Durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b> Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Por todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,660, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Por todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).</p>

### Cambios en la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos – la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores – son para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa Sin Cobertura o la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.**

A partir del año 2024, si llega a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## Sección 3                      Cómo Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 3.1                      Si Desea Seguir en UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP)

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en

nuestro plan UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP).

---

### Sección 3.2 Si Decide Cambiar de Plan

---

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2024, siga estos pasos:

#### Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- O –** Usted puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare ([es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare)), lea **el manual Medicare y Usted 2024**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Le **recordamos** que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en Internet. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - o –** Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original pero **no** se inscribe en un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

---

## Sección 4 Cambiar de Plan

---

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original, podrá hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Debido a que usted tiene Indiana Family and Social Services Administration, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Periodos de inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2024, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2024.

Si recientemente se mudó a una institución, vive actualmente o acaba de mudarse fuera de ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

---

## Sección 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid

---

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los Estados. En Indiana, el programa SHIP se llama Indiana State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento

**gratuito** sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare. Los asesores de Indiana State Health Insurance Assistance Program (SHIP) pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a Indiana State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-452-4800.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Indiana Family and Social Services Administration, comuníquese con Indiana Family and Social Services Administration, al 1-800-403-0864, 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-743-3333. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Indiana Family and Social Services Administration.

## Sección 6                      Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, se indican distintos tipos de ayuda:

- Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa ‘Ayuda Adicional’ (se le conoce también como el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos). El programa Ayuda Adicional paga una parte de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de sus medicamentos con receta. Debido a que usted califica para este programa, no pasa por la Etapa Sin Cobertura ni tiene que pagar la multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa Ayuda Adicional, llame:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. El sistema de mensajes automatizados está disponible las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- Asistencia del programa estatal de ayuda para medicamentos de su estado.** Indiana tiene un programa llamado HoosierRx que ayuda a pagar los medicamentos con receta según las necesidades financieras, la edad o la condición médica de la persona. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican



para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del programa ADAP de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, comuníquese con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

---

## Sección 7 **¿Tiene preguntas?**

---

### Sección 7.1 **Cómo Recibir Ayuda de UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP)**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-480-1086. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su Evidencia de Cobertura 2024 (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2024. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2024** de UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

---

### Sección 7.2 **Cómo Recibir Ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.



### **Visite el Sitio Web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://es.medicare.gov)). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y la calidad mediante Calificaciones con Estrellas para que pueda comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea Medicare y Usted 2024**

Lea el manual **Medicare y Usted 2024**. Es un documento que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-S-medicare-and-you.pdf>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Sección 7.3                      Cómo Recibir Ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Indiana Family and Social Services Administration (Medicaid), usted puede llamar a Indiana Family and Social Services Administration (Medicaid) al 1-800-403-0864. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-743-3333.

## Multi-language Interpreter Services

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

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

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información, llame a servicio al cliente al:

## UHC Dual Complete IN-S002 (PPO D-SNP) Servicio al Cliente:



Llame al **1-866-480-1086**

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

**TTY 711**

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



Escriba a: **P.O. Box 30770**  
**Salt Lake City, UT 84130-0770**



**[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**