



# Guía del Plan 2025

**New York City District Council of Carpenters Welfare Fund**

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

**Número de Grupo:** 16163

**Fecha de Vigencia:** del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

United  
Healthcare®  
Group Medicare Advantage



New York City District Council of Carpenters  
**BENEFIT FUNDS**

# Con el plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (PPO), usted obtiene más

New York District Council of Carpenters Welfare Fund (“NYCDCC Welfare Fund”) ha elegido a UnitedHealthcare® para que proporcione cobertura de cuidado de la salud a sus jubilados que cumplen los requisitos de Medicare. Con este plan, disfrutará de una experiencia con Medicare más fácil que nunca. Se lo ha ganado.



## Lea esta Guía del Plan para conocer su nuevo plan

La guía incluye:

- Una descripción del plan y cómo funciona
- Información sobre beneficios, programas y servicios, y cuánto cuestan
- Qué puede esperar después de inscribirse en el plan

Guarde esta Guía del Plan. Contiene información que será útil una vez que se haga miembro. También puede obtener información del plan en el sitio web que aparece a continuación. Use el Número de Grupo que se encuentra en la portada de esta guía para acceder a los materiales del plan en Internet.



## Se le inscribirá automáticamente en el plan

Este plan reemplazará su cobertura actual, a partir de la fecha de vigencia de su plan.

Si no desea que le inscriban en este plan, llame a la Oficina de Fondos al **1-800-529-FUND (3863)** para obtener más información. Antes de decidir excluirse de la inscripción, pregunte a NYCDCC Welfare Fund qué significa si usted rechaza esta cobertura.



## Tome el control de su salud

Podemos ayudarle a obtener acceso al cuidado que usted necesita cuando lo necesita. Permítanos ayudarle a encontrar formas de ahorrar dinero en el cuidado de su salud para que pueda centrarse en lo que más le importa.

 [retiree.uhc.com](http://retiree.uhc.com)



Llame al número gratuito **1-888-736-7441**, TTY 711  
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes

# Más que seguro de salud

Con este plan UnitedHealthcare Group Medicare Advantage (PPO), usted obtiene cobertura médica y mucho más. Más beneficios. Más ahorros. Más experiencia. Más opciones. Más conveniencia.

## Esto es solo parte de lo que ofrece este plan

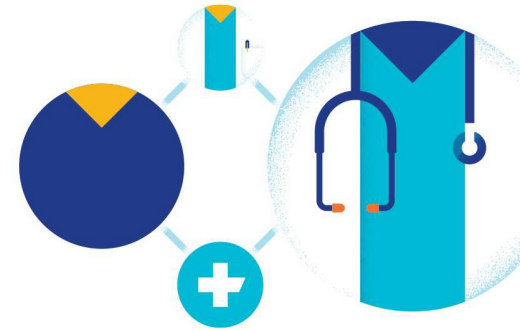
-  **\$0 de copago** para la entrega de comida a domicilio, transporte a citas médicas y a la farmacia, y cuidado personal no médico para ayudar en las actividades diarias después de una estadía en el hospital o en un centro de enfermería especializada
-  **Gane recompensas** para gastar en artículos aprobados, como regalos, ropa, alimentos y mucho más
-  **Membresía estándar gratuita a un gimnasio** en los gimnasios participantes
-  **Visita gratuita del programa HouseCalls de UnitedHealthcare®** de uno de nuestros profesionales de cuidado de la salud con licencia
-  **Visitas virtuales con el médico y de salud del comportamiento** desde su computadora, tableta o teléfono móvil – en cualquier momento, de día o de noche
-  **La red de proveedores de Medicare Advantage más grande del país**
-  **Programas especiales para ayudarle** si vive con una enfermedad crónica, como diabetes o enfermedad cardíaca, o con necesidades complejas de salud
-  **Suministros para la diabetes gratuitos** como medidores continuos de glucosa, agujas y tiras reactivas
-  **Obtenga un dispositivo de emergencia portátil** para recibir ayuda las 24 horas del día



Revise el Resumen de Beneficios en esta guía para obtener información más detallada



# + Más de su plan de salud



Su plan PPO es un plan Medicare Advantage, también conocido como la Parte C de Medicare. Este plan tiene todos los beneficios de la Parte A de Medicare (cobertura hospitalaria) y de la Parte B de Medicare (cuidado médico y para pacientes ambulatorios) más programas adicionales que sobrepasan los de Medicare Original (Partes A y B de Medicare). Medicare tiene reglas sobre los tipos de cobertura que usted puede agregar o combinar con un plan Medicare Advantage patrocinado por un grupo.

## A continuación, le mostramos cómo funciona un plan PPO



**Reciba cuidado de proveedores dentro o fuera de la red siempre y cuando los proveedores acepten Medicare y el plan**



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



**Elija un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) para que supervise y ayude a administrar su cuidado**

No es requerido por el plan, pero es muy beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**Usted paga un copago o coseguro estándar para consultar a un proveedor dentro o fuera de la red**

Colaboramos estrechamente con los proveedores de nuestra red (contratados) para asegurarnos de que tengan acceso a recursos y herramientas que les ayuden a trabajar con usted para obtener mejores resultados de salud.



**Este plan tiene un máximo anual de gastos de su bolsillo**

Si usted alcanza el límite, el plan pagará el 100% de los servicios cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.



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

Para buscar un proveedor de la red, visite [retiree.uhc.com](https://retiree.uhc.com).

# Conozca su plan

Es importante que usted entienda su plan y qué beneficios están cubiertos. Puede encontrar el Directorio de Proveedores y mucho más en [retiree.uhc.com](http://retiree.uhc.com).



## Revise el Directorio de Proveedores en Internet para saber si sus proveedores están en la red

Está bien si no lo están. Este plan le permite consultar a proveedores fuera de la red al mismo costo compartido siempre y cuando los proveedores acepten Medicare y el plan.

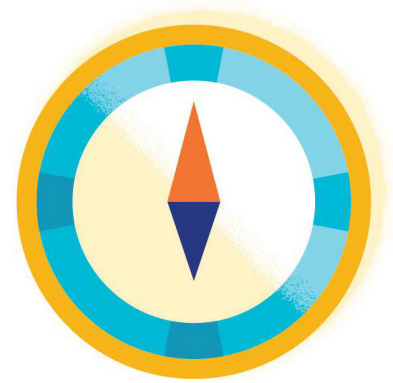


## Revise el Resumen de Beneficios en esta guía para saber cuánto pagará por los servicios médicos

También puede revisar el Resumen de Beneficios en Internet.

Si usted no está seguro de estar inscrito en la Parte B de Medicare, consulte con el Seguro Social en [ssa.gov/locator](http://ssa.gov/locator) o llame al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, o bien, llame a su oficina local.

Es posible que se cancele su inscripción en este plan si deja de pagar su prima de la Parte B de Medicare.



## Usted cumple los requisitos para inscribirse en este plan Medicare Advantage si:



Tiene derecho a la Parte A de Medicare y está inscrito en la Parte B de Medicare.



Sigue pagando su prima de la Parte B (a menos que se la paguen).



**Recuerde:** Si usted cancela su cobertura para jubilados patrocinada por un grupo o si se cancela su inscripción en dicha cobertura, es posible que no pueda reinscribirse. Las limitaciones y restricciones varían según el empleador anterior o el patrocinador del plan.



# Resumen de Beneficios 2025

## **UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)**

Nombre del Grupo (Patrocinador del Plan): New York City District Council of Carpenters Welfare Fund

Número del Grupo: 16163

H2001-817-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud que cubre. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



**[retiree.uhc.com](https://retiree.uhc.com)**



**Número gratuito 1-888-736-7441, TTY 711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes

**United  
Healthcare®**  
Group Medicare Advantage

Y0066\_SB\_H2001\_817\_000\_2025\_SP\_M

# Resumen de Beneficios

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones. Puede llamar a Servicio al Cliente si desea una copia de la Evidencia de Cobertura o si necesita ayuda. Al inscribirse en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

Prima, deducible y límites médicos	
	Dentro de la red y fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	Comuníquese con el administrador de beneficios de su plan de grupo para determinar su prima real, si corresponde.
<b>Deducible médico anual</b>	<p>Su plan tiene 2 deducibles anuales específicos de los servicios. Usted paga \$257 de deducible combinado dentro y fuera de la red por servicios para Pacientes Ambulatorios que se aplica a la mayoría de los servicios para pacientes ambulatorios. Usted también paga \$1,676 de deducible combinado dentro y fuera de la red por servicios para Pacientes Hospitalizados que se aplica a la mayoría de los servicios para pacientes hospitalizados.</p> <p>Usted paga el costo total de la mayoría de los servicios cubiertos hasta que alcance los deducibles anuales. Una vez que alcance cada deducible, el plan paga la parte que le corresponde de los costos y usted paga su copago o coseguro durante el resto del año. Consulte su Evidencia de Cobertura (EOC) para saber qué se incluye en cada categoría de deducibles.</p>
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b>	<p>Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo dentro de la red y fuera de la red de \$1,933 para este año del plan.</p> <p>Si usted ha pagado \$1,933 por los servicios cubiertos, tendrá un 100% de cobertura y no tendrá ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año del plan por los servicios de la Parte A y la Parte B.</p>

Beneficios médicos		
	Dentro de la red y fuera de la red	
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>1</sup></b>	\$0 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<sup>1</sup></b>  Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC)	\$0 de copago
	Cirugía para pacientes ambulatorios	\$0 de copago
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	\$0 de copago
 <b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
	Visita virtual	\$0 de copago
	Especialista <sup>1</sup>	\$0 de copago
<b>Servicios preventivos</b>	Examen médico de rutina	\$0 de copago; 1 por cada año del plan*
	Cubiertos por Medicare	\$0 de copago
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>Asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</li> <li>Visita de bienestar anual</li> <li>Medición de masa ósea</li> <li>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Exámenes cardiovasculares</li> <li>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de</li> </ul>



## Beneficios médicos

### Dentro de la red y fuera de la red

- |  |   |
|--|---|
| <p>sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación de depresión</li><li>• Pruebas de detección y control de la diabetes</li><li>• Diabetes – Capacitación para el Automanejo</li><li>• Capacitación para diálisis</li><li>• Examen de glaucoma</li><li>• Prueba de detección de hepatitis C</li><li>• Prueba de detección del VIH</li><li>• Educación sobre la enfermedad renal</li><li>• Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li><li>• Servicios de terapia de nutrición clínica</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li><li>• Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</li><li>• Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li><li>• Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</li><li>• Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</li><li>• Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</li><li>• Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li></ul> |
|--|---|

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.  
Este plan cubre las pruebas de detección de cuidado preventivo y los exámenes médicos anuales al 100%.

### Cuidado de emergencia

\$0 de copago (mundial)

Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

## Beneficios médicos


		Dentro de la red y fuera de la red
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>		\$0 de copago (mundial) Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el costo compartido por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por servicios requeridos de urgencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI] y tomografías computarizadas [CT]) <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Servicios de laboratorio <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Radiología terapéutica <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$0 de copago
<b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>1</sup>	\$0 de copago

## Beneficios médicos

	Dentro de la red y fuera de la red	
 <p><b>Servicios para la vista</b></p>	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 examen cada 12 meses*
<p><b>Salud mental</b></p>	Visita como paciente hospitalizado <sup>1</sup>	\$0 de copago por cada estadía, hasta 190 días Nuestro plan cubre 190 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Terapia para pacientes ambulatorios o visita al consultorio con un psiquiatra <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento	\$0 de copago

<b>Beneficios médicos</b>		
		<b>Dentro de la red y fuera de la red</b>
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>1</sup></b>		\$0 de copago por día, días 1 a 100  Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada por cada período de beneficios.
<b>Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (fisioterapia, terapia ocupacional o terapia del habla y del lenguaje)<sup>1</sup></b>		\$0 de copago
<b>Ambulancia <sup>2</sup></b>		\$0 de copago
<b>Transporte de rutina</b>		Sin cobertura
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos para quimioterapia <sup>1</sup>	\$0 de copago
Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.	Otros medicamentos de la Parte B <sup>1</sup>	\$0 de copago
<b>Beneficios adicionales</b>		
		<b>Dentro de la red y fuera de la red</b>
<b>Servicios de acupuntura</b>	Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)	\$0 de copago

Beneficios adicionales		
		Dentro de la red y fuera de la red
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>1</sup>	\$0 de copago
 <b>Manejo de la diabetes</b>	Suministros para el control de la diabetes <sup>1</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® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p>
	Medidores Continuos de Glucosa (CGM) y sus suministros cubiertos por Medicare <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>1</sup>	\$0 de copago
	<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>1</sup>

Beneficios adicionales		
		Dentro de la red y fuera de la red
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>1</sup>	\$0 de copago
	<b>Programa de acondicionamiento físico</b> Programa SilverSneakers®	<p>\$0 de copago por el programa SilverSneakers®, un programa de salud y acondicionamiento físico diseñado para los miembros de planes de Medicare. Incluye una membresía mensual estándar en centros de acondicionamiento físico participantes, además de clases y talleres por Internet, y mucho más.</p> <p>Llame o visite el sitio web si desea más información y para obtener su número de ID de SilverSneakers. 1-888-338-1722, TTY 711 o SilverSneakers.com/StartHere.</p>
<b>Cuidado de los pies (servicios de podiatría)</b>	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Cuidado de los pies de rutina	\$0 de copago, 6 visitas por cada año del plan*
<b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC)</b>		\$80 de crédito cada trimestre para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cubiertos en sitios minoristas de la red. Los créditos vencen el último día de cada trimestre.
	<b>Programa Healthy at Home de UnitedHealthcare</b> Programa para después de ser dado de alta	<p>\$0 de copago por los siguientes beneficios por hasta 30 días, después de cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•28 comidas entregadas a su domicilio, se requiere una referencia</li> <li>•12 viajes en una sola dirección a citas médicas y la farmacia, hasta 50 millas por cada viaje, se requiere una referencia</li> <li>•6 horas de servicios para el cuidado personal no médico, como la compañía, la preparación de comidas, recordatorios para tomar los medicamentos y mucho más con un cuidador profesional, no se requiere una referencia</li> </ul>

Beneficios adicionales		
		Dentro de la red y fuera de la red
		Los servicios deben ser prestados por proveedores aprobados. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información, solicitar una referencia después de cada vez que le den de alta y usar sus beneficios.
	<b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>1</sup></b>	\$0 de copago
	<b>Cuidados Paliativos</b>	Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.
	<b>Sistema personal de respuesta ante emergencias (PERS)</b>	\$0 de copago  Puede recibir ayuda con solo oprimir un botón. Un dispositivo PERS puede conectarle rápidamente con un operador cuando necesite ayuda, las 24 horas del día en cualquier situación.
	<b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>1</sup></b>	\$0 de copago
<b>Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</b>	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$0 de copago
	<b>Diálisis renal<sup>1</sup></b>	\$0 de copago

<sup>1</sup> Algunos de los beneficios de la red indicados pueden requerir que su proveedor obtenga una preautorización. Nunca necesitará una preaprobación para recibir servicios cubiertos por el plan de proveedores fuera de la red. Consulte la Evidencia de Cobertura para ver una lista completa de los servicios que posiblemente requieran preautorización.

<sup>2</sup> Se requiere autorización para el transporte en ambulancia aérea, cubierto por Medicare, en situaciones que no son de emergencia. No se requiere autorización para el transporte en ambulancia terrestre, cubierto por Medicare, en

situaciones que no son de emergencia. No se requiere autorización para una ambulancia (terrestre o aérea) en situaciones de emergencia.

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



## **Acerca de este plan**

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) 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, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación, debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada y, además, debe cumplir los requisitos de participación establecidos por su empleador anterior, su sindicato o el administrador de su fideicomiso (patrocinador de su plan).

Nuestra área de servicio incluye los 50 estados, el District of Columbia y todos los territorios de los Estados Unidos.

## **Acerca de los proveedores**

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) tiene una red de médicos, hospitales y otros proveedores. Puede consultar a cualquier proveedor (de la red o fuera de la red) por el mismo costo compartido, siempre y cuando acepten el plan y participen o no hayan sido excluidos o imposibilitados de participar en el programa de Medicare.

Puede visitar [retiree.uhc.com](https://retiree.uhc.com) para buscar un proveedor de la red mediante el directorio en Internet.

## Información necesaria

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C.

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

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

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número 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 Customer Service at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.

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

Los beneficios, las características o los dispositivos varían según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones y exclusiones.

La red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

Usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.

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

Siempre debe hablar con su médico antes de comenzar un programa de ejercicios.

1. Los centros participantes (“Participating locations, PL”) no son propiedad ni están administrados por Tivity Health, Inc. ni por sus compañías afiliadas. El uso de los centros y los servicios de los centros participantes se limita a los términos y las condiciones de la membresía básica de los centros participantes. Los centros y los servicios varían según los centros participantes.

2. La membresía incluye clases de acondicionamiento físico en grupo dirigidas por un instructor de SilverSneakers. Algunos sitios les ofrecen a los miembros clases adicionales. Las clases varían según el sitio.

SilverSneakers es una marca registrada de Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. Todos los derechos reservados.

# Después de la inscripción

Una vez que sea miembro, el equipo de Servicio al Cliente de UnitedHealthcare y su cuenta de Internet le facilitarán recibir el cuidado que necesite, cuando y como lo necesite.



**Usted está aquí**  
UnitedHealthcare procesará su inscripción



Cree su cuenta para revisar su plan en Internet



Reciba su tarjeta de ID de miembro por correo



¡Comienza su cobertura! Empiece a usar su plan

## Administre su plan en Internet

Use su número de Medicare o número de ID de miembro para crear una cuenta en [retiree.uhc.com](https://retiree.uhc.com). En Internet, usted puede:

- Consultar la información más actualizada de sus reclamos y responder su evaluación de salud
- Buscar proveedores de la red y otra información sobre beneficios y materiales del plan
- Obtener más información sobre temas de salud y bienestar
- Inscribirse para obtener información del plan y su Explicación de Beneficios por Internet

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su visita de bienestar anual
- Reciba una visita anual en su domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite [uhchousecalls.com](https://uhchousecalls.com) si desea más información

## Los beneficios y costos podrían cambiar al final de su año del plan

Le enviaremos un Aviso Anual de Cambios antes de que finalice su año del plan con los cambios en su plan para el próximo año del plan.

### Gracias por confiar en UnitedHealthcare para su cobertura de cuidado de la salud

Si tiene alguna pregunta, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en la parte de atrás de esta Guía del Plan. Este número también aparecerá en su tarjeta de ID de miembro cuando la reciba.

Escanee este código para acceder al sitio web para miembros



# Declaraciones de conformidad

Al inscribirme en este plan, acepto lo siguiente:

- ✓ **Este es un Plan Medicare Advantage contratado por el gobierno federal. No se trata de un Plan Complementario de Medicare.**

Tengo que mantener mi Parte A y Parte B de Medicare, y seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare y, si corresponde, la prima de la Parte A, si no las paga Medicaid o un tercero. Para cumplir los requisitos de este plan, debo vivir en el área de servicio del plan y ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
- ✓ **El área de servicio incluye los 50 Estados Unidos, el District of Columbia y todos los territorios de los Estados Unidos.**

Es posible que no tenga cobertura mientras esté fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Sin embargo, con este plan, cuando estoy fuera de los Estados Unidos, tengo cobertura para el cuidado requerido de urgencia o de emergencia.
- ✓ **Solo puedo tener un Plan Medicare Advantage a la vez.**
  - Si me inscribo en este plan, se cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare.
  - Si me inscribo en otro Plan Medicare Advantage, se cancelará automáticamente mi inscripción en este plan.
  - Si cancelo mi inscripción en este plan, seré transferido automáticamente a Medicare Original.
  - La inscripción en este plan es para todo el año del plan. Puedo dejar este plan solo en determinados momentos del año o en condiciones especiales.
- ✓ **Mi información será divulgada a Medicare y a otros planes, solo cuando sea necesario, para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud.**

Medicare también puede divulgar mi información con fines de investigación y otros que cumplan todos los estatutos y normas federales vigentes.
- ✓ **Para los miembros del Plan de Grupo de Medicare Advantage**

Entiendo que, cuando comience mi cobertura, debo obtener todos mis beneficios médicos del plan. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan incluidos en el documento Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos.

## Aviso de Antidiscriminación

**La discriminación está prohibida por la ley.** La compañía cumple las leyes federales de derechos civiles vigentes y no excluye, no trata diferente ni discrimina a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales, incluidos los rasgos intersexuales; el embarazo o estados relacionados; la orientación sexual; la identidad de género y los estereotipos sexuales.

Si piensa que ha sido tratado injustamente debido a una cuestión de su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja formal a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Por Correo Electrónico:** [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)
- **Por Correo:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

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

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

Ofrecemos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse eficazmente con nosotros, tales como:

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

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

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o que se indica en la portada de la guía (TTY **711**).

Este aviso está disponible en

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

## Servicios de Interpretación en Varios Idiomas

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

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

**Chinese Mandarin:** 我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或手册封面列出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或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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









Con beneficios exclusivos para jubilados como usted, obtenga más de lo que importa para su salud con un plan Medicare Advantage de grupo de UnitedHealthcare.

## Permítanos ayudarle. Se lo ha ganado.



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



[retiree.uhc.com](https://retiree.uhc.com)



Llame al número gratuito **1-888-736-7441**, TTY 711  
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes

Escanee este código  
para descargar  
la aplicación  
UnitedHealthcare

