

Detalles del plan Choice Plus, todo en un solo lugar.

Use este Resumen de Beneficios para obtener más información sobre los beneficios de este plan, las maneras en que puede obtener ayuda para manejar los costos y cómo puede aprovechar más este plan de salud.

Revise lo que está incluido en el plan	Choice Plus
 <p>Cobertura dentro de la red solamente Por lo general, usted puede ahorrar dinero cuando recibe cuidado a través de servicios cubiertos para el cuidado de la salud ofrecidos por proveedores de la red.</p>	<input type="checkbox"/>
 <p>Beneficios dentro y fuera de la red Usted puede recibir cuidado y servicios de proveedores y centros dentro y fuera de la red — pero podrá reducir sus costos si recibe servicios dentro de la red.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>
 <p>Se requiere un médico de cuidado primario (PCP) Con este plan, usted tiene que elegir un médico de cuidado primario (primary care physician, PCP) — el médico que cumple una función importante en ayudar a administrar el cuidado de su salud. Cada persona inscrita en su plan tendrá que elegir un médico de cuidado primario.</p>	<input type="checkbox"/>
 <p>Se requieren referencias Necesitará referencias de su médico de cuidado primario para poder consultar a un especialista o recibir ciertos servicios para el cuidado de la salud.</p>	<input type="checkbox"/>
 <p>El cuidado preventivo está cubierto al 100% No hay ningún costo adicional por consultar a un proveedor de la red para recibir cuidado preventivo.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>
 <p>Beneficios de farmacia Con este plan, usted tiene una cobertura que le ayuda a pagar los medicamentos y principios activos con receta.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>
 <p>Proveedores del Nivel 1 El uso de proveedores del Nivel 1 puede hacer rendir al máximo sus beneficios de cuidado de la salud. Estos médicos de cuidado primario y especialistas médicos cumplen con los parámetros de los estándares nacionales de cuidado de calidad y ahorros de costos.</p>	<input type="checkbox"/>
 <p>Centros autónomos Podría pagar menos cuando use ciertos centros autónomos — centros de cuidado de la salud que no facturan los servicios como parte de un hospital, por ejemplo, centros de imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) o centros de cirugía.</p>	<input type="checkbox"/>
 <p>Cuenta de ahorros para la salud (HSA) Con una cuenta de ahorros para la salud (health savings account, HSA), usted tiene una cuenta bancaria personal que le permite ahorrar dinero libre de impuestos. Úsela para ahorrar y pagar gastos médicos que califiquen.</p>	<input checked="" type="checkbox"/>

Este Resumen de Beneficios se usa solamente para destacar sus beneficios. No use este documento para saber cuál es su cobertura exacta. Si este Resumen de Beneficios discrepa del Resumen de la Descripción del Plan (Summary Plan Description, SPD), regístralo este último documento. Revise su Resumen de la Descripción del Plan para ver la descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos o no, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de la cobertura.

Análisis detallado de cómo funciona Choice Plus.

Beneficios Médicos

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Deducible Médico Anual		
Individual	\$3,500	\$7,000
Cobertura Familiar	\$7,000	\$14,000

Todos los deducibles individuales se tomarán en cuenta para alcanzar el deducible familiar, pero una persona no deberá pagar más que el deducible individual.

Usted es responsable de pagar el 100% de sus gastos médicos hasta que alcance su deducible. Por ciertos servicios cubiertos, es posible que se le requiera pagar una cantidad fija - su copago.

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Límite Anual de Gastos de su Bolsillo		
Individual	\$6,350	\$12,700
Familiar	\$12,700	\$25,400

Todos los máximos individuales de gastos de su bolsillo se tomarán en cuenta para alcanzar el máximo familiar de gastos de su bolsillo, pero una persona no tendrá que pagar más que el máximo individual de gastos de su bolsillo.

Una vez que haya alcanzado su deducible, comenzará a compartir los costos con su plan - su coseguro. Usted seguirá pagando una parte de los gastos hasta que alcance el límite de gastos de su bolsillo. A partir de entonces, su plan pagará el 100% de las cantidades permitidas durante el resto del año del plan.

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Servicios para el Cuidado Preventivo		
Servicios para el Cuidado Preventivo	Sin copago	50%*
<i>Ciertos servicios para el cuidado preventivo se prestan según lo especificado por la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA), sin costo compartido para usted. Estos servicios se basan en su edad, sexo y otros factores de salud. UnitedHealthcare también cubre otros servicios de rutina, que pueden requerir un copago, coseguro o deducible.</i>		
Servicios en el Consultorio - Enfermedades o Lesiones		
Médico de Cuidado Primario	30%*	50%*
<i>La telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.</i>		
Especialista	30%*	50%*
<i>La telesalud está cubierta al mismo costo compartido que en el consultorio.</i>		
Servicios de Centro de Cuidado de Urgencia	30%*	50%*
Servicios para el Cuidado Virtual	30%*	Sin cobertura
<i>Los beneficios dentro de la red están disponibles solamente cuando los servicios son prestados a través de un proveedor de la red designado para visitas virtuales. Para buscar un proveedor de la red designado para visitas virtuales, visite myuhc.com® o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID. Es posible que el acceso a las visitas virtuales y a los servicios de medicamentos con receta no esté disponible en todos los estados o para todos los grupos.</i>		

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

†Se requiere preautorización. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan (SPD).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Cuidado de Emergencia		
Servicios de Ambulancia - Ambulancia en Situaciones de Emergencia		
Ambulancia Aérea	30%*	30%*
Ambulancia Terrestre	30%*	30%*
<i>Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red.</i>		
Servicios de Ambulancia - Ambulancia en Situaciones que No Son de Emergencia ¹		
Ambulancia Aérea	30%*	30%*
Ambulancia Terrestre	30%*	30%*
<i>Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red.</i>		
Servicios Dentales - Solo para Accidentes		
	30%*	30%*
<i>Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red.</i>		
Servicios para el Cuidado de la Salud de Emergencia - Pacientes Ambulatorios ¹		
	30%*	30%*
<i>Se aplica el deducible dentro de la red a los beneficios fuera de la red.</i>		
Cuidado para Pacientes Hospitalizados		
Cirugías por Enfermedad Congénita del Corazón (CHD) ¹		
	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios para la Habilitación - Pacientes Hospitalizados ¹		
	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
<i>El límite será el mismo que, y estará combinado con, los que se indican en la sección Servicios en Centros de Enfermería Especializada/Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados.</i>		
Hospital - Estadía como Paciente Hospitalizado ¹	30%*	50%*
Servicios en Centros de Enfermería Especializada/Centros de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados ¹	30%*	50%*
Cuidado para Pacientes Ambulatorios		
Servicios para la Habilitación - Pacientes Ambulatorios		
	30%*	50%*
<i>Los límites serán los mismos que, y estarán combinados con, los que se indican en Servicios para la Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios.</i>		
Cuidado de Asistencia Médica a Domicilio ¹		
	30%*	50%*
<i>Una visita equivale hasta cuatro horas de servicios para el cuidado especializado. Este límite de visitas no incluye ningún servicio que se facture únicamente por la administración de infusión intravenosa.</i>		
Servicios de Laboratorio, Radiografías y de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios - Pruebas de Laboratorio ¹	30%*	50%*
Servicios de Laboratorio, Radiografías y de Diagnóstico - Pacientes Ambulatorios - Radiografías y otras Pruebas de Diagnóstico ¹	30%*	50%*
Servicios de Imágenes y Diagnóstico Mayores - Pacientes Ambulatorios ¹	30%*	50%*

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan (SPD).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Honorarios del Médico por Servicios Quirúrgicos y Médicos	30%*	50%*
Servicios para la Rehabilitación - Terapia y Tratamiento Manipulativo para Pacientes Ambulatorios	30%*	50%*
<i>Se limitan a 25 visitas de tratamiento manipulativo por año.</i>		
<i>Se limitan a 30 visitas de terapia auditiva después de un implante coclear por año.</i>		
<i>Se limitan a 60 visitas combinadas de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla por año.</i>		
<i>Número ilimitado de visitas de terapia de rehabilitación cardíaca por año.</i>		
<i>Número ilimitado de visitas de terapia de rehabilitación pulmonar por año.</i>		
Procedimientos Endoscópicos - Terapéuticos y de Diagnóstico para Pacientes Ambulatorios	30%*	50%*
<i>Los procedimientos endoscópicos de diagnóstico o terapéuticos incluyen, entre otros, colonoscopia, sigmoidoscopia y endoscopia.</i>		
Cirugía - Pacientes Ambulatorios ¹	30%*	50%*
Tratamientos Terapéuticos - Pacientes Ambulatorios ¹	30%*	50%*
<i>Los tratamientos terapéuticos incluyen, entre otros, diálisis, quimioterapia intravenosa, infusión intravenosa, servicios de información médica educativa y oncología de radiación.</i>		
Suministros y Servicios		
Artículos para el Automanejo de la Diabetes ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Capacitación y Automanejo de la Diabetes/Exámenes de la Vista/Cuidado de los Pies para Personas Diabéticas ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Equipo Médico Duradero (DME), Ortesis y Suministros ¹	30%*	50%*
<i>Se limitan a una sola compra de un tipo de Equipo Médico Duradero cada 3 años.</i>		
<i>La reparación o el reemplazo de Equipo Médico Duradero u ortesis se aplica a este límite de la misma manera que una compra. Este límite no se aplica a los sistemas de cierre de heridas por vacío.</i>		
Nutrición Enteral	30%*	50%*
Aparatos Auditivos	30%*	50%*
<i>Con cobertura hasta los 18 años para aparatos auditivos iniciales y de reemplazo cada 5 años y aparatos auditivos nuevos cuando las modificaciones al aparato auditivo existente no permitan suplir las necesidades del hijo. Incluye la evaluación, adaptación y ajustes iniciales, y entrenamiento auditivo (dentro de los estándares profesionales aceptados). La cobertura para miembros de 18 años en adelante se limita a \$1,500 cada 48 meses.</i>		
Suministros para Ostomía	30%*	50%*
Productos Farmacéuticos - Pacientes Ambulatorios	30%*	50%*
<i>Incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico o en el domicilio de una persona cubierta.</i>		

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan (SPD).

Lo que Usted Paga por los Servicios

Copagos (\$) y Coseguros (%) por Servicios Cubiertos para el Cuidado de la Salud

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
Prótesis ¹	30%*	50%*
<i>Se limitan a una sola compra de cada tipo de prótesis cada 3 años.</i>		
<i>La reparación o el reemplazo de una prótesis se aplica a este límite de la misma manera que una compra.</i>		
Catéteres Urinarios	30%*	50%*
Embarazo		
Embarazo - Servicios de Maternidad ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios para el Cuidado de la Salud Mental y Trastornos Relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos		
Pacientes Hospitalizados ¹	30%*	50%*
Pacientes Ambulatorios ¹	30%*	50%*
Hospitalización Parcial ¹	30%*	50%*
Otros Servicios		
Servicios de Acupuntura	30%*	50%*
<i>Número ilimitado de tratamientos por año</i>		
Celuloterapia y Genoterapia	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	Sin cobertura
<i>Para obtener beneficios dentro de la red, los servicios de celuloterapia o genoterapia se deben recibir de un proveedor designado.</i>		
Ensayos Clínicos ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Disforia de Género ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Cuidados Paliativos ¹	30%*	50%*
Procedimientos Reconstructivos ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios para la Articulación Temporomandibular (TMJ) ¹	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
Servicios para Trasplante	Lo que usted paga se basa en donde se preste el servicio cubierto para el cuidado de la salud.	
<i>Los beneficios dentro de la red se deben recibir de un proveedor designado.</i>		
Exámenes de la Vista	Sin copago	50%*
<i>Se limitan a 1 examen cada 24 meses.</i>		

*Después de alcanzar el Deducible Médico Anual.

¹Se requiere preautorización. Consulte el Resumen de la Descripción del Plan (SPD).

Beneficios de Farmacia

Dentro de la Red

Deducible Anual de Farmacia	
Individual	Consulte la sección Deducible Médico Anual
Familiar	Consulte la sección Deducible Médico Anual

El Deducible de Farmacia es lo que usted paga por gastos de farmacia por año antes de comenzar a recibir Beneficios de Farmacia.

Dentro de la Red

Límite Anual de Gastos de su Bolsillo de Farmacia	
Individual	Consulte la sección Límite Anual de Médicos Gastos de su Bolsillo
Familiar	Consulte la sección Límite Anual de Médicos Gastos de su Bolsillo

	Un suministro de hasta 30 días	Un suministro de hasta 90 días
Nivel de Medicamentos con Receta	Farmacia Minorista de la Red	Farmacia de Pedidos por Correo de la Red**
Nivel 1 \$	\$20*	\$40*
Nivel 2 \$\$	\$40*	\$80*
Nivel 3 \$\$\$	\$60*	\$120*
Nivel 4 \$\$\$\$	\$60*	\$120*
Nivel de Medicamentos con Receta de Especialidad Preferidos	Farmacia Minorista Especializada Preferida de la Red	Farmacia Especializada de Pedidos por Correo Preferida de la Red
Nivel 1 \$	20%*, aunque no pagará más de \$250	No corresponde
Nivel 2 \$\$	20%*, aunque no pagará más de \$250	No corresponde
Nivel 3 \$\$\$	20%*, aunque no pagará más de \$250	No corresponde
Nivel 4 \$\$\$\$	20%*, aunque no pagará más de \$250	No corresponde

* Después de alcanzar el Deducible Anual de Farmacia.

** Solo algunos medicamentos con receta están disponibles a través de la farmacia de pedidos por correo. Para obtener más información, visite myuhc.com o llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra en la parte de atrás de su tarjeta de ID. En la farmacia minorista, le cobrarán un copago o coseguro por 31 días o el doble por 60 días, según la cantidad de días de suministro que se surta por cualquier receta o resurtido enviado a la farmacia de pedidos por correo. Para aprovechar al máximo su beneficio, pídale a su médico que le extienda la receta o el resurtido para un suministro de 90 días, con resurtidos cuando corresponda, en vez de un suministro de 30 días con tres resurtidos.

Si usted es un miembro, para buscar información personalizada sobre su cobertura de beneficios, determinar el estado de nivel, verificar el estado de los reclamos y buscar farmacias de la red, inicie sesión en su cuenta de myuhc.com o llame al número de teléfono de Servicio al Cliente que se encuentra en su tarjeta de ID. Si no es miembro, puede consultar la información en welcometouhc.com > "Benefits" (Beneficios) > "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia).

El costo compartido de medicamentos de especialidad (specialty medication cost share, SMCS) le recomienda hablar con su médico acerca de opciones de medicamentos de menor costo. Usted podría pagar más si no elige una opción de menor costo.

Este es un ejemplo de cómo serán los costos del plan.

1 Al principio del año de su plan...

Usted será responsable de pagar el 100% de sus servicios de salud cubiertos hasta que alcance su **deducible**, que es lo que usted paga antes de que su plan de salud pague una parte.

USTED PAGA EL 100%

2 Una vez que alcance su deducible...

Su plan de salud comienza a compartir con usted un porcentaje de los costos (las cantidades permitidas, sin incluir los copagos) por servicios cubiertos para el cuidado de la salud — este es su **coseguro**.*

USTED PAGA EL 20%*

SU PLAN PAGA EL 80%

3 Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo...

Su plan cubre sus costos (la cantidad permitida) al 100%. El **límite de gastos de su bolsillo** es lo máximo que usted pagará por servicios de salud cubiertos en un año del plan — los copagos y coseguros se toman en cuenta para alcanzar ese límite.

SU PLAN PAGA EL 100%

Además, también podría tener que pagar una cantidad fija (por ejemplo, \$15) —o **copago**— por servicios cubiertos para el cuidado de la salud, tales como por consultar a un proveedor o comprar un medicamento con receta. Usted paga el 100% del copago, generalmente cuando recibe el servicio.

* Su coseguro puede variar según el servicio. Este ejemplo es solo con fines ilustrativos.

Más maneras de ayudarle a administrar su plan de salud y mantenerse actualizado.



Busque médicos en la red.

Puede visitar proveedores dentro y fuera de la red — pero cuando recibe servicios dentro de la red, probablemente pagará menos por el cuidado de la salud. Para comenzar:

- Visite welcometouhc.com > “Benefits” (Beneficios) > “Find a Doctor or Facility” (Buscar un Médico o Centro).
- Elija “Search for a health plan” (Buscar un plan de salud).
- Elija **Choice Plus** para ver proveedores en la red del plan de salud.



Acceda a su plan en Internet.

Con myuhc.com®, usted tiene un centro de información de salud personalizada para ayudarle a buscar un médico, administrar sus reclamos, calcular costos y mucho más.



Tenga acceso desde cualquier lugar.

Dondequiera que vaya, la aplicación de UnitedHealthcare® le da acceso instantáneo a su plan de salud. Descárguela para buscar cuidado de la salud cercano, consultar a un médico por videochat las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acceder a su tarjeta de ID del plan de salud y mucho más.

¡Qué bueno saberlo!

¡Genial!

Otra información importante sobre sus beneficios.

Exclusiones Médicas

Servicios que su plan generalmente NO cubre. Se recomienda que revise su Resumen de la Descripción del Plan, las Enmiendas y Cláusulas Adicionales para obtener la descripción exacta de los servicios y suministros que están cubiertos, aquellos que están excluidos o limitados, y otros términos y condiciones de la cobertura.

- Cirugía bariátrica
- Cirugía estética
- Cuidado dental (adultos/hijos)
- Anteojos
- Tratamiento de la infertilidad
- Cuidado a largo plazo
- Cuidado que no es de emergencia mientras viaja fuera de los Estados Unidos
- Servicios de enfermería privada
- Cuidado de los pies de rutina
- Programas de control de peso
- Pelucas

Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios

Cuando compra medicamentos con receta en una farmacia minorista de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: 1) El copago o coseguro correspondiente; 2) el cargo usual y habitual de la farmacia de la red por ese medicamento con receta; y 3) el cargo del medicamento con receta. Cuando compra un medicamento con receta en una farmacia de pedidos por correo de la red, usted es responsable de pagar la menor de las siguientes cantidades: 1) El copago o coseguro correspondiente; y 2) el cargo del medicamento con receta. Cuando usa una farmacia fuera de la red, su reembolso se basa en la tarifa de reembolso fuera de la red, y usted es responsable de la diferencia entre la tarifa de reembolso fuera de la red y el cargo usual y habitual de la farmacia fuera de la red.

Para conocer las cantidades, consulte los copagos o coseguros que se indican en la tabla Información sobre Beneficios. No le reembolsaremos ningún medicamento que no esté cubierto.

Por un solo copago o coseguro, usted puede recibir un medicamento con receta en una cantidad que no exceda el límite de suministro indicado. Algunos productos están sujetos a límites de suministro adicionales según los criterios que hemos desarrollado. Los límites de suministro están sujetos a nuestra revisión y modificación periódicamente.

Los límites de suministro de medicamentos de especialidad con receta son los indicados por el proveedor, con un suministro máximo de 31 días consecutivos, a menos que se ajusten en función del tamaño del envase del fabricante o en función de los límites de suministro, o según lo permitido por el Programa Smart Fill. Los límites de suministro se aplican a los medicamentos de especialidad con receta obtenidos en una farmacia especializada preferida de la red, una farmacia especializada no preferida de la red, una farmacia fuera de la red, una farmacia de pedidos por correo de la red o una farmacia designada.

Ciertos medicamentos con receta, para los cuales se describen los beneficios en la Cláusula Adicional de Medicamentos con Receta, están sujetos a requisitos de terapia escalonada. Para recibir los beneficios de dichos medicamentos con receta, usted debe usar primero otro u otros medicamentos con receta. Para saber si un medicamento con receta está sujeto a requisitos de terapia escalonada, puede comunicarse con nosotros en myuhc.com o por teléfono al número que se encuentra en su tarjeta de ID.

Antes de que le surtan ciertos medicamentos con receta, su médico, su farmacéutico o usted tienen la obligación de obtener nuestra preautorización o la de nuestra persona designada para determinar si el medicamento con receta está de acuerdo con nuestras pautas aprobadas y cumple la definición de servicio cubierto para el cuidado de la salud y no es un servicio experimental, de investigación o no comprobado. También podemos exigirle que obtenga nuestra preautorización o la de nuestra persona designada para que podamos determinar si el medicamento con receta, de acuerdo con nuestras pautas aprobadas, fue recetado por un especialista.

Si usted necesita ciertos medicamentos con receta, incluidos medicamentos de especialidad con receta, es posible que le indiquemos ir a una farmacia designada con la cual tenemos un acuerdo para proporcionar dichos medicamentos. Si se le indica ir a una farmacia designada y decide no obtener su medicamento con receta de esta, usted estará sujeto al beneficio fuera de la red para ese medicamento.

Ciertos medicamentos para el cuidado preventivo pueden estar cubiertos a un costo compartido de cero. Para obtener más información, comuníquese con nosotros en myuhc.com o llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID.

Se proporcionan beneficios para ciertos medicamentos con receta suministrados por una farmacia de pedidos por correo de la red o una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días. La Lista de Beneficios de Medicamentos con Receta para Pacientes Ambulatorios le indicará cómo se aplican los límites de suministro en una farmacia de pedidos por correo de la red y en una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días. Comuníquese con nosotros en myuhc.com o por teléfono al número que se encuentra en su tarjeta de ID para saber si se proporcionan beneficios para su medicamento con receta y para obtener información sobre cómo obtener su medicamento con receta a través de una farmacia de pedidos por correo de la red o una farmacia minorista preferida de la red para suministros de 90 días.

Otra información importante sobre sus beneficios.

Exclusiones de Farmacia

Se aplican las siguientes exclusiones. Además, consulte su Cláusula Adicional de Farmacia y Lista de Beneficios (Schedule of Benefits, SBN) para conocer las exclusiones y limitaciones adicionales que se pueden aplicar.

- Un producto farmacéutico para el cual se proporcionan beneficios en su Certificado.
- Medicamento con receta que tenga un producto aprobado biosimilar o un equivalente terapéutico biosimilar a otro medicamento con receta cubierto.
- Cualquier medicamento con receta en la medida en que el pago o los beneficios sean proporcionados o puestos a disposición por el gobierno local, estatal o federal (por ejemplo, Medicare).
- Cualquier producto suministrado con el propósito de inhibir el apetito o bajar de peso.
- Cualquier producto cuyo uso primario sea la nutrición, suplementos nutricionales o manejo nutricional de una enfermedad y productos alimenticios medicinales con receta, aun cuando se use para el tratamiento de alguna enfermedad o lesión, excepto según lo requerido por las leyes estatales.
- Ciertos nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación hasta la fecha en la que sean revisados y asignados a un nivel por nuestro Comité de Administración de la Lista de Medicamentos con Receta (Prescription Drug List, PDL).
- Ciertos medicamentos con receta para dejar el tabaco.
- Ciertos medicamentos con receta para los cuales hay alternativas terapéuticamente equivalentes disponibles.
- Ciertos medicamentos con receta que sean aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), como envases con un dispositivo o una aplicación, incluidos los sensores inteligentes en envases o los sensores insertados en los medicamentos.
- Ciertos medicamentos compuestos.
- Paquetes y productos de diagnóstico, incluidos los servicios relacionados.
- Medicamentos disponibles sin receta.
- Medicamentos que sean recetados, surtidos o indicados para usar durante una estadía como paciente hospitalizado.
- Equipo Médico Duradero, entre ellos, las bombas de insulina y los suministros relacionados con el manejo y el tratamiento de la diabetes, para el cual se proporcionan beneficios en su Certificado. Suministros recetados y no recetados para pacientes ambulatorios. Esto no se aplica a los suministros para la diabetes y los espaciadores de inhaladores que se indiquen específicamente como cubiertos.
- Medicamentos y servicios experimentales, de investigación o no comprobados.
- Vitaminas generales, excepto vitaminas prenatales, vitaminas con fluoruro y vitaminas individuales cuando se acompañan de una receta o un resurtido.
- Terapia con hormona de crecimiento para niños con baja estatura familiar (estatura baja basada en la herencia y no causada por una condición médica diagnosticada).
- Medicamentos usados con fines estéticos.
- Medicamentos con receta surtidos fuera de los Estados Unidos, excepto cuando sean necesarios para el tratamiento de una emergencia.
- Medicamentos con receta cuando sean recetados para tratar la infertilidad. Esta exclusión no se aplica a los medicamentos con receta para tratar la infertilidad iatrogénica y las Pruebas Genéticas Preimplante (Preimplantation Genetic Testing, PGT) que se describen en el Certificado.
- Medicamentos con receta, que incluyen nuevos medicamentos con receta o nuevas formas de dosificación, que determinemos que no cumplen la definición de un servicio cubierto para el cuidado de la salud.
- Aplicaciones de software de dominio público en general o monitores que puedan estar disponibles con o sin una receta o un resurtido.

UnitedHealthcare no trata a los miembros de manera diferente por motivos de sexo, edad, raza, color, discapacidad u origen nacional.

Si piensa que no ha sido tratado justamente debido a una cuestión de su sexo, edad, raza, color, origen nacional o discapacidad, presente una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

En Internet: UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Debe enviar la queja dentro de los 60 días de haberse dado cuenta de lo ocurrido. Usted recibirá la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con esta decisión, tendrá 15 días para pedirnos que la revisemos nuevamente.

Si necesita ayuda para presentar su queja, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID, TTY 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. También puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

En Internet: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Los formularios de queja están disponibles en:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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

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

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. Usted también puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

請注意：如果您說中文 (**Chinese**)，我們免費為您提供語言協助服務。請撥打會員卡所列的免付費會員電話號碼。

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói **tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.

알림: **한국어(Korean)**를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하의 신분증 카드에 기재된 무료 회원 전화번호로 문의하십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Pakitawagan ang toll-free na numero ng telepono na nasa iyong identification card.

ВНИМАНИЕ: бесплатные услуги перевода доступны для людей, чей родной язык является **русским (Russian)**. Позвоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте.

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية (**Arabic**)، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة لك. الرجاء الاتصال على رقم الهاتف المجاني الموجود على معرف العضوية الخاص بك.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl ayisyen (Haitian Creole)**, ou kapab benefisyè sèvis ki gratis pou ede w nan lang pa w. Tanpri rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon w.

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez appeler le numéro de téléphone gratuit figurant sur votre carte d'identification.

UWAGA: Jeżeli mówisz po **polsku (Polish)**, udostępniliśmy darmowe usługi tłumacza. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej.

ATENÇÃO: Se você fala **português (Portuguese)**, contate o serviço de assistência de idiomas gratuito. Ligue gratuitamente para o número encontrado no seu cartão de identificação.

ATTENZIONE: in caso la lingua parlata sia l'**italiano (Italian)**, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Per favore chiamate il numero di telefono verde indicato sulla vostra tessera identificativa.

ACHTUNG: Falls Sie **Deutsch (German)** sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Bitte rufen Sie die gebührenfreie Rufnummer auf der Rückseite Ihres Mitgliedsausweises an.

注意事項：日本語 (**Japanese**) を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。健康保険証に記載されているフリーダイヤルにお電話ください。

توجه: اگر زبان شما فارسی (**Farsi**) است، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشد. لطفا با شماره تلفن رایگانی که روی کارت شناسایی شما قید شده تماس بگیرید.

ध्यान दें: यदि आप **हिंदी (Hindi)** बोलते हैं, आपको भाषा सहायता सेवाएँ, निःशुल्क उपलब्ध हैं। कृपया अपने पहचान पत्र पर सूचीबद्ध टोल-फ्री फोन नंबर पर कॉल करें।

CEEB TOOM: Yog koj hais Lus **Hmoob (Hmong)**, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj. Thov hu rau tus xov tooj hu deb dawb uas teev muaj nyob rau ntawm koj daim yuaj cim qhia tus kheej.

ΠΡΟΣΟΧΗ : Αν μιλάτε **Ελληνικά (Greek)**, υπάρχει δωρεάν βοήθεια στη γλώσσα σας. Παρακαλείστε να καλέσετε το δωρεάν αριθμό που θα βρείτε στην κάρτα ταυτότητας μέλους.

PAKDAAR: Nu saritaem ti **Ilocano (Ilocano)**, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Maidawat nga awagan iti toll-free a numero ti telepono nga nakalista ayan iti identification card mo.

DÍÍ BAA'ÁKONÍNÍZIN: Diné (Navajo) bizaad bee yániit'go, saad bee áka'anída'awo'ígíí, t'áá jíík'eh, bee ná'ahóót'i. T'áá shqódi ninaaltsoos niit'izí bee nééhozínígíí bine'déé' t'áá jíík'ehgo béesh bee hane'í biká'ígíí bee hodiilnih.

OGOW: Haddii aad ku hadasho **Soomaali (Somali)**, adeegyada taageerada luqadda, oo bilaash ah, ayaad heli kartaa. Fadlan wac lambarka telefonka khadka bilaashka ee ku yaalla kaarkaaga aqoonsiga.

ध्यान आपो: જો તમે ગુજરાતી (**Gujarati**) બોલતા હો તો આપને ભાષાકીય મદદરૂપ સેવા વિના મૂલ્યે પ્રાપ્ય છે. કૃપા કરી તમારા આઇડેન્ટિફિકેશન કાર્ડ પર આપેલા ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો.