



Solicitud de Inscripción en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP)

Números de Teléfono para la Inscripción en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP)



844-560-4944 o, para personas con limitaciones auditivas, TTY 711.
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Números de Teléfono de Servicio al Cliente de UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP)



844-368-5888 o, para personas con limitaciones auditivas, TTY 711.
De 8 a.m. a 8 p.m.: de octubre a marzo, los siete días de la semana;
de abril a septiembre, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.

Envíe la solicitud llenada a: UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP)



P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769
Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada página al: 888-950-1169

Comuníquese con UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) al número indicado anteriormente si necesita información en otro idioma o formato.

UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con el programa Asistencia Médica (Medicaid) de Minnesota para proporcionar los beneficios de ambos programas a los miembros. La inscripción en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

Solicitud de Inscripción en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP)

Para inscribirse en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP), debe tener **la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare y la Asistencia Médica (Medicaid) sin una deducción de gastos médicos**, y tener al menos 18 años y menos de 65, tener una discapacidad certificada por la Administración del Seguro Social o el Equipo Estatal de Revisión Médica, y vivir en el área de servicio de UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP).

Sección 1. Cuéntenos sobre usted

1	Nombre: (nombre, opcional: segundo nombre, apellidos)			
2	Fecha de nacimiento (___ / ___ / _____) M M D D Y Y Y Y	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
3	Número de teléfono () -	Otro número de teléfono (opcional): () -		
4	Dirección donde vive (no se permite casilla postal)			
	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
5	Dirección postal (si es diferente de la dirección donde vive)			
	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
6	¿Vive en un centro de cuidado a largo plazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", llene la siguiente información:			
	Nombre del centro:	Número de teléfono: () -		
7	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Si respondió "Sí", marque el idioma a continuación:			
	<input type="checkbox"/> 01 Español	<input type="checkbox"/> 06 Ruso	<input type="checkbox"/> 09 Amhárico	<input type="checkbox"/> 16 Francés
	<input type="checkbox"/> 02 Hmong	<input type="checkbox"/> 07 Somalí	<input type="checkbox"/> 10 Árabe	<input type="checkbox"/> 20 Coreano
	<input type="checkbox"/> 03 Vietnamita	<input type="checkbox"/> 08 Lenguaje de Señas Americano (ASL)	<input type="checkbox"/> 12 Oromo	<input type="checkbox"/> 21 Karénico
	<input type="checkbox"/> 04 Jémer		<input type="checkbox"/> 14 Birmano	<input type="checkbox"/> 98 Otro
	<input type="checkbox"/> 05 Lao		<input type="checkbox"/> 15 Cantonés	
	Representante autorizado		Número de teléfono del representante autorizado () -	

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

Sección 2. Cuéntenos sobre usted

Cuéntenos un poco más sobre usted. **No está obligado a responder las preguntas ni a darnos ninguna información en esta sección. Es su decisión compartir esta información con nosotros.** No podemos denegarle cobertura si usted no responde.

8	¿Desea que le enviemos información en otro idioma que no sea inglés? Si respondió "Sí", escriba el idioma: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	¿Desea que le enviemos información en un formato accesible? Si respondió "Sí", marque el formato: <input type="checkbox"/> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> Audio Comuníquese con UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) al 844-368-5888 si necesita información en un formato accesible diferente de los indicados anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: de octubre a marzo, los siete días de la semana; de abril a septiembre, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	¿Es usted de origen hispano, latino o español? Elija todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> No, no soy de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
11	¿Cuál es su raza? Elija todo lo que corresponda. <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Otro origen asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Samoano	
12	¿Desea recibir información por correo electrónico? Si respondió "Sí", proporcione su dirección de correo electrónico. Correo electrónico: _____	
13	¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su cónyuge trabaja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
14	Nombre de la clínica de cuidado primario/del sistema de cuidado que está eligiendo:	Número de ID del proveedor de la clínica de cuidado primario/del sistema de cuidado que se encuentra en el Directorio de Proveedores y Farmacias:

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

Sección 3. Cuéntenos sobre su cobertura de Medicare y de la Asistencia Médica (Medicaid):

Llene su información de Medicare y de su Programa de Cuidado de la Salud de Minnesota (Minnesota Health Care Program, MHCP) a continuación. Puede encontrar la información de Medicare en la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare o en una carta del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario. Además, coloque su número de ID del Programa de Cuidado de la Salud de Minnesota (MHCP) tal como aparece en la parte de adelante de su tarjeta. También se lo conoce como número de miembro de la Asistencia Médica.

15	Número de Medicare:	Número de miembro de MHCP:
----	---------------------	----------------------------

Sección 4. Cuéntenos sobre su cobertura de salud, incluida su cobertura de medicamentos con receta:

Algunas personas tienen otro seguro de salud u otra cobertura de medicamentos a través de un seguro privado, TRICARE, cobertura de un empleador o sindicato, del Departamento de Asuntos de los Veteranos o los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos.

16	¿Tiene otra cobertura de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si respondió "Sí", llene la siguiente información:	

17	Nombre de su plan (y empleador, si corresponde):	Número de grupo:
		Número de ID:

Si tiene cobertura de salud de un empleador o sindicato en este momento, usted y sus dependientes podrían perder esa cobertura cuando se inscribe en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP). Su empleador o sindicato pueden darle más información sobre su cobertura. Si tiene preguntas, hable con la persona de su oficina que se ocupa de los beneficios.

Sección 5. Cuéntenos si cumple los requisitos de participación

Lea detenidamente las siguientes declaraciones y marque la casilla si la declaración se aplica a su situación. **Marque todo lo que corresponda.** Al marcar cualquiera de las siguientes casillas, usted certifica que, a su leal saber y entender, cumple los requisitos para un Período de Inscripción. Si más adelante determinamos que esta información es incorrecta, se podría cancelar su inscripción.

- Estoy solicitando la inscripción durante el período de inscripción anual de los planes Medicare Advantage, del 15 de octubre al 7 de diciembre, y deseo que mi inscripción entre en vigencia el 1 de enero.
- Soy nuevo en Medicare.
- Tengo tanto Medicare como la Asistencia Médica (Medicaid) (o mi estado me ayuda a pagar las primas de Medicare) o recibo el programa Ayuda Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Recientemente, tuve un cambio en mi Asistencia Médica (Medicaid) (comencé a recibir Medicaid o tuve un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid) en (fecha) _____ .

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

- Recientemente, tuve un cambio en el programa Ayuda Adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare (comencé a recibir el programa Ayuda Adicional, tuve un cambio en el nivel del programa Ayuda Adicional o perdí el programa Ayuda Adicional) en (fecha) _____ .
- Me mudaré a un centro de cuidado a largo plazo o vivo en uno o recientemente me fui de uno (por ejemplo, un asilo de convalecencia). Me mudé o mudaré al centro, o me fui o iré del centro en (fecha) _____ .
- Recientemente, me mudé fuera del área de servicio de mi plan actual, o me mudé recientemente y este plan es una opción nueva para mí. Me mudé en _____ .
- Voy a dejar la cobertura de mi empleador o sindicato en (fecha) _____ .
- Estoy inscrito en un plan Medicare Advantage y deseo hacer un cambio durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period, MA OEP).
- Hace poco perdí involuntariamente mi cobertura de medicamentos con receta acreditable (cobertura tan buena como la de Medicare). Perdí mi cobertura de medicamentos en (fecha) _____ .
- Mi plan va a cancelar su contrato con Medicare, o Medicare va a cancelar su contrato con mi plan.
- Medicare (o mi estado) me inscribió en un plan y deseo elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan comenzó en (fecha) _____ .
- Salí recientemente de prisión. Fui liberado en (fecha) _____ .
- Recientemente regresé a los Estados Unidos después de vivir permanentemente fuera de los Estados Unidos. Regresé a los Estados Unidos en (fecha) _____ .
- Recientemente obtuve el estatus de presencia legal en los Estados Unidos. Obtuve este estatus en (fecha) _____ .
- Me vi afectado por una emergencia climática o una gran catástrofe declarada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (Federal Emergency Management Agency, FEMA). Una de las otras declaraciones de aquí se aplicaba a mi caso, pero no pude hacer mi inscripción debido a la catástrofe natural.

Si ninguna de estas declaraciones se aplica a usted o no está seguro, comuníquese con UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) al 844-560-4944 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si usted cumple los requisitos para inscribirse. El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

Lea la información en la página 7 y firme a continuación.

Al firmar a continuación, significa que ha leído y entendido la información de esta solicitud.

Nombre del solicitante (en letra de molde)

Firma

Fecha de hoy

Si usted es el representante autorizado, **debe firmar en el espacio anterior** y proporcionar la siguiente información.

Nombre (en letra de molde)

Relación con el miembro

Dirección (en letra de molde)

Número de teléfono

Una vez que termine de llenar la solicitud, envíela por correo o por fax a UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP). Nuestra dirección y número de fax se encuentran en la portada de esta solicitud.

Exclusivamente para uso interno:

Fecha: _____

Nombre del Vendedor Autorizado: _____

ID del Agente de Ventas con Licencia: _____

Fecha de vigencia de la inscripción _____

Código de elección _____

Nivel de copago del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos _____

Fecha de vigencia del copago del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos

Aprobado por _____

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

Información y declaraciones de reconocimiento

<ul style="list-style-type: none"> • Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Entiendo que mi inscripción en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) podría verse afectada si no respondo. • Debo mantener la Parte A y la Parte B de Medicare y la Asistencia Médica (Medicaid) para seguir inscrito en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP). • Al inscribirme en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP), reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, realizar pagos y con otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación). • A partir del día en que comience mi cobertura de UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP), debo recibir todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta de parte de UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP). • Están cubiertos los beneficios y servicios que proporciona UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) y que están contenidos en mi Evidencia de Cobertura. Ni Medicare ni UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) pagarán beneficios o servicios que no estén cubiertos. • Entiendo que UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) generalmente no cubre a las personas mientras están fuera del país, excepto en circunstancias limitadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si me mudo, tengo que informarlo al empleado de mi condado. • Puedo decidir dejar UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) en ciertos momentos del año. Entiendo que estaré inscrito en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) hasta el último día del mes. Entiendo que seré inscrito automáticamente en la tarifa por servicio de la Asistencia Médica, a menos que deba inscribirme en un programa para Familias y Niños. • Si obtengo una deducción de gastos médicos mientras estoy inscrito en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) y no la pago al estado, se cancelará mi inscripción en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP). • La información de esta solicitud de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que se cancelará mi inscripción en UHC Dual Complete MN-Y001 (HMO D-SNP) si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud. • Mi firma (o la firma de mi representante autorizado) en esta solicitud significa que he leído y entendido esta solicitud. Si firma un representante autorizado, la firma de la persona significa que está autorizada por la ley estatal para llenar esta solicitud, y la documentación de esta autorización está disponible a solicitud de Medicare o de la Asistencia Médica (Medicaid).
---	---

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

Declaración sobre la ley de privacidad

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50 y 422.60 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar su inscripción en el plan.

Aviso sobre Derechos Civiles

La discriminación está prohibida por la ley. UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota no discrimina por ninguno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Creencias
- Religión
- Orientación sexual
- Condición con respecto a la asistencia pública
- Edad
- Discapacidad (incluidas las limitaciones físicas y mentales)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)
- Estado civil
- Ideas políticas
- Condición médica
- Estado de salud
- Recepción de servicios para el cuidado de la salud
- Experiencia en reclamos
- Historial médico
- Información genética

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota. Puede presentar una queja y pedir ayuda para presentar una queja en persona o por correo, por teléfono, por fax o por correo electrónico a:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UTAH 84130
Número gratuito: **1-844-368-5888**, TTY **711**
Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Ayuda y Servicios Auxiliares: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona ayuda y servicios auxiliares, como intérpretes calificados o información en formatos accesibles, de manera gratuita y oportuna para garantizar la igualdad de oportunidades para participar en nuestros programas de cuidado de la salud. **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-368-5888.**

Servicios de Asistencia en Otros Idiomas: UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota proporciona documentos traducidos e interpretación del idioma hablado, sin cargo y de manera oportuna, cuando los servicios de asistencia de idiomas son necesarios para garantizar que las personas que no hablan bien inglés tengan un acceso significativo a nuestra información y servicios. **Comuníquese con Servicio al Cliente al 1-844-368-5888.**

Quejas sobre Derechos Civiles

Usted tiene derecho a presentar una queja por discriminación si cree que fue tratado de manera discriminatoria por UnitedHealthcare Community Plan of Minnesota. También puede comunicarse directamente con una de las siguientes agencias para presentar una queja por discriminación.

Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles, una agencia federal, si cree que le han discriminado por uno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Edad
- Discapacidad
- Sexo
- Religión (en algunos casos)

Comuníquese directamente con la **Oficina de Derechos Civiles** para presentar una queja:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Midwest Region
233 N. Michigan Avenue, Suite 240
Chicago, IL 60601

Centro de Respuesta al Cliente: Número gratuito: 800-368-1019
Número gratuito TDD: 800-537-7697
Correo electrónico: ocrmail@hhs.gov

Departamento de Derechos Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Rights, MDHR)

En Minnesota, usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Derechos Humanos de Minnesota si le han discriminado por uno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión
- Creencias
- Sexo
- Orientación sexual
- Estado civil
- Condición con respecto a la asistencia pública
- Discapacidad

Comuníquese directamente con el **Departamento de Derechos Humanos de Minnesota** para presentar una queja:

Minnesota Department of Human Rights
540 Fairview Avenue North, Suite 201
St. Paul, MN 55104

Correo de voz: 651-539-1100
Número gratuito: 800-657-3704
Servicio de Retransmisión de Minnesota: 711 u 800-627-3529
Fax: 651-296-9042
Correo electrónico: Info.MDHR@state.mn.us

Departamento de Servicios Humanos de Minnesota (Minnesota Department of Human Services, DHS)

Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Servicios Humanos si cree que le han discriminado por uno de los siguientes motivos:

- Raza
- Color
- Origen nacional
- Religión (en algunos casos)
- Edad
- Discapacidad (incluidas las limitaciones físicas y mentales)
- Sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género)

Las quejas deben presentarse por escrito y en un plazo no mayor de 180 días a partir de la fecha en que descubrió la supuesta discriminación. La queja debe contener su nombre y dirección y describir la discriminación de la que se queja. La revisaremos y le notificaremos por escrito si tenemos autoridad para investigarla. Si la tenemos, investigaremos la queja.

El Departamento de Servicios Humanos le notificará por escrito el resultado de la investigación. Usted tiene derecho a apelar si no está de acuerdo con la decisión. Para apelar, debe enviar una solicitud por escrito para que el Departamento de Servicios Humanos revise el resultado de la investigación. Sea breve y explique por qué no está de acuerdo con la decisión. Incluya la información adicional que considere importante.

Si presenta una queja de esta manera, las personas que trabajan para la agencia mencionada en la queja no podrán tomar represalias contra usted. Esto significa que no pueden castigarle de ninguna manera por presentar una queja. El hecho de presentar una queja de esta manera no le impide emprender otras acciones legales o administrativas.

Comuníquese directamente con el **Departamento de Servicios Humanos** para presentar una queja por discriminación:

Civil Rights Coordinator
Minnesota Department of Human Services
Equal Opportunity and Access Division
P.O. Box 64997
St. Paul, MN 55164-0997
Correo de voz: 651-431-3040 o use su servicio de retransmisión preferido

Informe de Salud para Indoamericanos

Los indoamericanos pueden seguir usando o comenzar a usar las clínicas tribales y de los Servicios de Salud Indígena (Indian Health Services, IHS). No exigiremos preaprobación ni impondremos ninguna condición para que usted reciba servicios en estas clínicas. Para las personas mayores de 65 años, esto incluye los servicios del Programa de Exención para Personas Mayores (Elderly Waiver, EW) a los que se accede a través de la tribu. Si un médico u otro proveedor de una clínica tribal o de los Servicios de Salud Indígena le refiere a un proveedor de nuestra red, usted no necesitará consultar a su proveedor de cuidado primario antes de la referencia.

Hubachiisa. Dokumentiin kun tola akka siif hiikamu gargaarsa hoo feete, lakkoobsa gubbatti kenname bilbili.

Внимание: если вам нужна бесплатная помощь в устном переводе данного документа, позвоните по указанному выше телефону.

Digniin. Haddii aad u baahantahay caawimaad lacag-la'aan ah ee tarjumaadda (afcelinta) qoraalkan, lambarka kore wac.

Atención. Si desea recibir asistencia gratuita para interpretar este documento, llame al número indicado arriba.

Chú ý. Nếu quý vị cần được giúp đỡ dịch tài liệu này miễn phí, xin gọi số bên trên.

Nombre del miembro

Número de miembro de MHCP

Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la primera página de esta solicitud.

Este plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la Asistencia Médica de un plan estatal de Medicaid.

Los requisitos adicionales son los siguientes:

- ✓ Usted debe vivir en nuestra área de servicio; y
- ✓ Tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare; y
- ✓ Ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos; y
- ✓ Tener entre 18 y 64 años; y
- ✓ Tener una discapacidad certificada a través de la Administración del Seguro Social o el Equipo Estatal de Revisión Médica.

Explicación de los beneficios

- ✓ La Guía para Miembros incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para obtener una copia de la Guía para Miembros.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✓ Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✓ Revise el Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- ✓ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores y Farmacias).