



# 2025

# Guía del Plan

**The Episcopal Church Medical Trust**

UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO)

**Número de Grupo:** 16241, 16242

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

United  
Healthcare®  
Group Medicare Advantage

 EPISCOPAL CHURCH  
MEDICAL TRUST

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

La organización The Episcopal Church Medical Trust (Fideicomiso Médico) ha elegido un plan UnitedHealthcare® Group Medicare Advantage (PPO) que ofrece tanto cobertura médica como de medicamentos con receta para usted y sus dependientes que cumplan los requisitos. Con este plan, usted disfrutará una experiencia de Medicare más fácil que nunca. Se lo ha ganado.



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

La guía incluye:

- Una descripción del plan y sus 2 opciones
  - GMA Premium (PPO) 16242 — máximo\* anual de gastos médicos de su bolsillo de \$1,500 por cada miembro
  - GMA Comprehensive (PPO) 16241 — máximo\* anual de gastos médicos de su bolsillo de \$2,000 por cada miembro
- Información sobre beneficios, programas y servicios y cuánto cuestan
- Información sobre los medicamentos cubiertos y cuánto cuestan
- Qué puede esperar después de su inscripción

Conserve esta Guía del Plan. Contiene información que será útil cuando sea un miembro. También puede obtener información del plan en el siguiente sitio web. Utilice el número de grupo que aparece en la portada de este libro para acceder a los materiales del plan en línea. Para obtener información sobre los demás beneficios, incluidos los odontológicos, de que dispone como jubilado del Medical Trust, visite [cpg.org/otherbenefits](http://cpg.org/otherbenefits).



## Cómo inscribirse

Revise sus opciones y elija el plan médico que mejor satisfaga sus necesidades de cuidado de la salud.

### Para inscribirse:

1. **Lea su Guía del Plan de UnitedHealthcare.** La guía incluirá información detallada sobre las opciones de planes GMA Premium (PPO) y GMA Comprehensive (PPO).

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



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes

## **2. Llene la solicitud de inscripción para elegir sus beneficios.**

Puede encontrar la solicitud junto con la información de jubilación que le envió Church Pension Group. También puede acceder a la solicitud de inscripción en [cpg.org/gmaenrollmentform](http://cpg.org/gmaenrollmentform).

## **3. Firme la solicitud de inscripción** y devuélvanosla en el sobre adjunto con la dirección preimpresa. Para evitar demora en el procesamiento, devuélvanosla 60 días antes de su fecha de vigencia.

### **¿Necesita ayuda para inscribirse?**

Comuníquese con el Fideicomiso Médico al **1-800-480-9967**, de 8:30 a.m. a 8 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Para asegurar su cobertura dental del Fideicomiso Médico para 2025, debe inscribirse en un plan Delta Dental durante la Inscripción Anual. Cigna Dental dejará de ofrecerse.



### **Tome el control de su salud**

- Conozca este nuevo plan y la cantidad de beneficios que ofrece, por ejemplo, UnitedHealthcare Hearing, UnitedHealthcare Global Travel y los beneficios de acondicionamiento físico
- Consiga herramientas y recursos para ayudarle a tener un mejor control de su salud
- Encuentre maneras de ahorrar dinero en cuidado de la salud para que pueda enfocarse en lo que es importante para usted
- Obtenga acceso al cuidado cuando lo necesite

Para consultar de manera personal sobre las opciones de planes y beneficios, comuníquese con UnitedHealthcare al número gratuito que figura a continuación.

\* Un máximo de gastos de su bolsillo pone un límite en lo que usted paga de su bolsillo por gastos médicos en un año calendario. Esto no incluye costos de medicamentos con receta ni primas del plan.

# Más que un seguro de salud

Con este plan GMA Comprehensive (PPO) obtendrá cobertura médica y de medicamentos con receta y mucho más. Más beneficios. Más ahorros. Más experiencia. Más opciones. Más conveniencia.

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



**Sin deducible**



**Gane recompensas** para gastar en artículos aprobados como regalos, ropa, alimentos y más



**Entrega a domicilio gratuita con Optum® Home Delivery Pharmacy** de los medicamentos con receta que toma regularmente



**Membresía estándar gratuita al gimnasio** en sitios participantes



**Visita gratuita del programa HouseCalls de UnitedHealthcare®** de uno de nuestros profesionales de cuidado de la salud autorizados



**Examen de audición gratuito** y \$3,000 con el plan GMA Comprehensive o \$4,000 con el plan GMA Premium para gastar en una amplia selección de aparatos auditivos



**Visitas virtuales con el médico y de salud del comportamiento** a través de su computadora, tableta o teléfono inteligente; en cualquier momento, de día o de noche



**La red de proveedores de Medicare Advantage más grande del país**



**Programas especiales para ayudarle** si usted vive con una enfermedad crónica como la diabetes, enfermedades cardíacas u otras necesidades de salud complejas



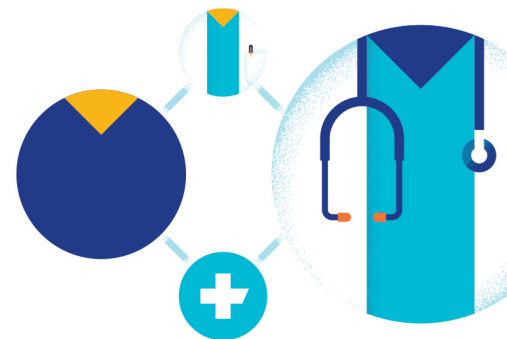
**Suministros diabéticos gratis** como monitores continuos de glucosa, agujas y tiras reactivas



**Revise el Resumen de Beneficios de esta guía para obtener más detalles**



# + Más de su plan de salud



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

## Así es como funciona este plan PPO



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



**No se necesitan referencias para consultar a un especialista o a otro proveedor.**



**Seleccione un proveedor de cuidado primario proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) para supervisar y ayudar a gestionar su atención médica.**

No es un requisito del 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.**

Trabajamos de cerca con nuestros proveedores de la red (contratados) para asegurarnos de que tengan acceso a recursos y herramientas que sean útiles al trabajar con usted en el logro de mejores resultados de salud.



**Este plan tiene máximos anuales de gastos de bolsillo médicos y para medicamentos con receta separados**

Si alcanza el límite médico de su plan, el plan pagará el 100% de sus servicios cubiertos de Medicare durante el resto del año del plan. Después de que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,000 por sus medicamentos con receta, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año calendario.



**Los servicios requeridos de urgencia y de emergencia están cubiertos en cualquier parte del mundo**



**Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta para miles de medicamentos de marca y medicamentos genéricos**

Use siempre las farmacias de la red para obtener los medicamentos con receta de más bajo costo de su plan.

Para buscar un proveedor o una farmacia de la red, visite [retiree.uhc.com/ECMT](https://retiree.uhc.com/ECMT). También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

**Escanee este código para ver la Lista de Medicamentos**



# Conozca su plan

Es importante que conozca su plan y los beneficios que están cubiertos. Puede encontrar la Lista de Medicamentos, los directorios de Proveedores y Farmacias y más en [retiree.uhc.com/asrs](https://retiree.uhc.com/asrs).



## Revise la Lista de Medicamentos en Internet para saber cuáles medicamentos con receta están cubiertos

Y en qué nivel de medicamentos se encuentran. Por lo general, mientras menor sea el nivel de medicamentos, menos pagará.



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

No hay problema si no lo están. Este plan le permite consultar con proveedores fuera de la red al mismo costo compartido, siempre que acepten Medicare y el plan.



## Revise el Directorio de Farmacias en Internet para determinar cuáles farmacias hacen parte de nuestra red

Si su farmacia no se encuentra en la red, deberá seleccionar una nueva farmacia de la red para poder pagar el costo más bajo del plan por los medicamentos con receta.



## Revise el Resumen de Beneficios de esta guía para saber cuánto pagará por servicios médicos y por medicamentos con receta

También puede revisar el Resumen de Beneficios por Internet.

Si no está seguro de si está inscrito en la Parte B de Medicare, consulte con el Seguro Social en [ssa.gov/locator](https://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 llame a su oficina local.

Si deja de pagar su prima de la Parte B de Medicare, se puede cancelar su inscripción en este plan.



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



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



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



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



# Resumen de Beneficios 2025

## **GMA Comprehensive (PPO)**

Nombre del Grupo (Patrocinador del Plan): The Episcopal Church Medical Trust

Número del Grupo: 16241

H2001-847-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



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



Número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**

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

**United  
Healthcare®**  
Group Medicare Advantage

# 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.


### GMA Comprehensive (PPO)

Prima médica y límites	
	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>Máximo de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	<p>Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo dentro de la red y fuera de la red de \$2,000 para este año del plan.</p> <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales, si corresponde, y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p>

Beneficios médicos	
	Dentro de la red y fuera de la red
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>1</sup></b>	<p>\$0 de copago por cada estadía</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p>
<b>Servicios hospitalarios para</b>	<p>Centro de cirugía ambulatoria (ASC) \$0 de copago</p>



## Beneficios médicos

		Dentro de la red y fuera de la red
<b>pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b>  Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	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)	\$5 de copago
	Visita virtual	\$0 de copago por proveedores designados \$5 de copago por otros proveedores
	Especialista <sup>1</sup>	\$10 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> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Exámenes cardiovasculares</li> <li>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <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> </ul>

## Beneficios médicos

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

- Educación sobre la enfermedad renal
- Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
- Servicios de terapia de nutrición clínica
- Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas
- Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

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

\$100 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.

---

#### Servicios requeridos de urgencia

\$10 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.

---

## Beneficios médicos

		Dentro de la red y fuera de la red
<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>	\$10 de copago
	Examen de audición de rutina <sup>^</sup>	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan *
	Aparatos Auditivos <sup>^</sup> UnitedHealthcare Hearing	A través de UnitedHealthcare Hearing, el plan paga una asignación de \$3,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. La cobertura de aparatos auditivos mediante este plan está disponible solamente a través de UnitedHealthcare Hearing.

## 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>	\$10 de copago
	Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago
<p><b>Salud mental</b></p>	Visita como paciente hospitalizado <sup>1</sup>	\$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.
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$10 de copago
	Terapia para pacientes ambulatorios o visita al consultorio con un psiquiatra <sup>1</sup>	\$10 de copago
	Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento	\$10 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>		\$25 de copago
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos para quimioterapia <sup>1</sup>	20% de coseguro
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>	20% de coseguro

## **Buenas noticias para el año 2025**

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el “Intervalo en la Cobertura”, y el límite de gastos de su bolsillo (lo que usted paga y otros pagan en nombre de usted) es de \$2,000. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

<b>Medicamentos con receta</b>	
<b>Deducible</b>	El plan no tiene un deducible para medicamentos con receta. Su cobertura comienza en la Etapa de Cobertura Inicial.
<b>Cobertura inicial</b>	En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted, y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,000, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

<b>Medicamentos con receta</b>		
<b>Nivel de cobertura de medicamentos</b> (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	<b>Costo Compartido en Farmacia Minorista</b>	<b>Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo</b>
	<b>Suministro de 31 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
<b>Nivel 1:</b> Genéricos Preferidos	\$10 de copago	\$25 de copago
<b>Nivel 2:</b> De Marca Preferidos ~	\$30 de copago	\$70 de copago
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos No Preferidos ~	\$50 de copago	\$120 de copago
<b>Nivel 4:</b> De Especialidad ~	\$50 de copago	\$120 de copago
<b>Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>	<p>Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.</p> <p>Si su plan incluye cobertura adicional de medicamentos con receta, usted seguirá pagando los costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial por esos medicamentos. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información.</p>	

~ Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

Si el costo real de un medicamento es menor que el costo compartido normal para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el costo compartido más alto.

El patrocinador de su plan ofrece cobertura de medicamentos adicional a su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Los copagos por medicamentos de esta sección corresponden a medicamentos que están cubiertos por su beneficio de la Parte D y por su cobertura adicional de medicamentos. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información. También puede consultar el Certificado de Cobertura en [retiree.uhc.com/ECMT](http://retiree.uhc.com/ECMT) o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 31 días en una farmacia minorista.

**\$0**

## Es posible que usted califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para personas que tienen ingresos limitados y necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. No hay ninguna multa por solicitar esta ayuda, y usted puede volver a solicitarla cada año. Para saber si califica para el programa Ayuda Adicional, llame:

- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778
- A la oficina estatal de Medicaid



## La Promesa de Ahorros de UnitedHealthcare

UnitedHealthcare tiene el compromiso de mantener los costos bajos de sus medicamentos con receta. Como miembro de UnitedHealthcare, usted tiene nuestra Promesa de Ahorros de que obtendrá el precio más bajo disponible. Ese precio bajo podría ser el copago de su plan, el precio minorista en la farmacia o nuestro precio contractual con la farmacia.

### Beneficios adicionales

		Dentro de la red y fuera de la red
<b>Servicios de acupuntura</b>	Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)	\$10 de copago
	Servicios de acupuntura de rutina <sup>^</sup>	\$10 de copago, hasta 12 visitas por cada año del plan*
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>1</sup>	\$10 de copago
	Servicios quiroprácticos de rutina <sup>^</sup>	\$10 de copago, por cada visita por cada año del plan*

## Beneficios adicionales

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



#### Manejo de la diabetes

Suministros para el control de la diabetes<sup>1</sup>

\$0 de copago

Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.

Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.

Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.

Su plan no cubre otras marcas.

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>

20% de coseguro

#### Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)<sup>1</sup>

20% de coseguro

Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)<sup>1</sup>

20% de coseguro



## Beneficios adicionales

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



#### Programa de acondicionamiento físico

Programa Renew Active® de UnitedHealthcare

\$0 de copago por el programa Renew Active de UnitedHealthcare, el programa de referencia de acondicionamiento físico de Medicare. Incluye una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico, además de clases por Internet y actividades sociales divertidas.

Inicie sesión en el sitio web para miembros, busque “My Coverage” (Mi Cobertura) y elija “Access gym code” (Acceder al código del gimnasio) o llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener su código.

#### Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Exámenes y tratamiento de los pies<sup>1</sup>

\$10 de copago

Cuidado de los pies de rutina<sup>^</sup>

\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan\*

#### Asistencia mundial para viajes

UnitedHealthcare Global

\$0 de copago por los servicios de asistencia médica y para viajes las 24 horas del día cuando viaja fuera de su país o se encuentra a más de 100 millas de distancia de su domicilio.

Recibirá una tarjeta de ID aparte para los servicios de UnitedHealthcare Global que incluye la información de contacto del Centro de Respuesta ante Emergencias (Emergency Response Center, ERC).



#### Programa Healthy at Home de UnitedHealthcare

Programa para después de ser dado de alta

\$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:

- 28 comidas entregadas a su domicilio, se requiere una referencia
- 12 viajes en una sola dirección a citas médicas y la farmacia, hasta 50 millas por cada viaje, se requiere una referencia
- 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

<b>Beneficios adicionales</b>		
		<b>Dentro de la red y fuera de la red</b>
		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>Cuidado no médico a domicilio</b>	\$0 de copago por 8 horas por cada mes 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. Las horas no utilizadas no se transfieren. Se aplican algunas restricciones y limitaciones.
	<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>	\$10 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1</sup>	\$10 de copago
	<b>Diálisis renal<sup>1</sup></b>	\$20 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

^Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

## **Acerca de este plan**

GMA Comprehensive (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 y farmacias de la red**

GMA Comprehensive (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias 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. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [retiree.uhc.com/ECMT](http://retiree.uhc.com/ECMT) para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

## Información necesaria

GMA Comprehensive (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 y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](http://es.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.

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden 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.

La participación en el programa de acondicionamiento físico es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases y las actividades de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, actividades, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. La red de gimnasios puede variar en el

mercado local y el plan.



# Resumen de Beneficios 2025

## **GMA Premium (PPO)**

Nombre del Grupo (Patrocinador del Plan): The Episcopal Church Medical Trust

Número del Grupo: 16242

H2001-847-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



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



**Número gratuito 1-866-519-5401, TTY 711**

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

**United  
Healthcare®**  
Group Medicare Advantage

# 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.

### GMA Premium (PPO)

Prima médica y límites	
	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>Máximo de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	<p>Su plan tiene un máximo combinado anual de gastos de su bolsillo dentro de la red y fuera de la red de \$1,500 para este año del plan.</p> <p>Si usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo, seguirá recibiendo los servicios médicos y hospitalarios que tengan cobertura y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año del plan.</p> <p>Tenga en cuenta que usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales, si corresponde, y el costo compartido de sus medicamentos con receta de la Parte D.</p>

Beneficios médicos	
	Dentro de la red y fuera de la red
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>1</sup></b>	<p>\$0 de copago por cada estadía</p> <p>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</p>
<b>Servicios hospitalarios para</b>	<p>Centro de cirugía ambulatoria (ASC) \$0 de copago</p>



## Beneficios médicos

		Dentro de la red y fuera de la red
<b>pacientes ambulatorios<sup>1</sup></b>  Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	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)	\$5 de copago
	Visita virtual	\$0 de copago por proveedores designados \$5 de copago por otros proveedores
	Especialista <sup>1</sup>	\$10 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> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Exámenes cardiovasculares</li> <li>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <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> </ul>

## Beneficios médicos

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

- Educación sobre la enfermedad renal
- Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
- Servicios de terapia de nutrición clínica
- Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas
- Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)

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

\$50 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.

---

#### Servicios requeridos de urgencia

\$10 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.

---

## Beneficios médicos

		Dentro de la red y fuera de la red
<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>	\$10 de copago
	Examen de audición de rutina <sup>^</sup>	\$0 de copago, 1 examen por cada año del plan *
	Aparatos Auditivos <sup>^</sup> UnitedHealthcare Hearing	A través de UnitedHealthcare Hearing, el plan paga una asignación de \$4,000 para aparatos auditivos (combinada para ambos oídos), cada 3 años. La cobertura de aparatos auditivos mediante este plan está disponible solamente a través de UnitedHealthcare Hearing.

## Beneficios médicos

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



#### Servicios para la vista

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y condiciones de los ojos<sup>1</sup>

\$10 de copago

Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas

\$0 de copago

#### Salud mental

Visita como paciente hospitalizado<sup>1</sup>

\$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.

Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios<sup>1</sup>

\$10 de copago

Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios<sup>1</sup>

\$10 de copago

Terapia para pacientes ambulatorios o visita al consultorio con un psiquiatra<sup>1</sup>

\$10 de copago

Visitas virtuales relacionadas con el comportamiento

\$10 de copago

Beneficios médicos		
		Dentro de la red y fuera de la red
<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>		\$25 de copago
<b>Medicamentos de la Parte B de Medicare</b>	Medicamentos para quimioterapia <sup>1</sup>	10% de coseguro
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>	10% de coseguro

## Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el “Intervalo en la Cobertura”, y el límite de gastos de su bolsillo (lo que usted paga y otros pagan en nombre de usted) es de \$2,000. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

Medicamentos con receta	
<b>Deducible</b>	El plan no tiene un deducible para medicamentos con receta. Su cobertura comienza en la Etapa de Cobertura Inicial.
<b>Cobertura inicial</b>	En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted, y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,000, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

<b>Medicamentos con receta</b>		
<b>Nivel de cobertura de medicamentos</b> (Una vez que haya pagado el deducible, si corresponde)	<b>Costo Compartido en Farmacia Minorista</b>	<b>Costo Compartido en Farmacia de Pedidos por Correo</b>
	<b>Suministro de 31 días</b>	<b>Suministro de 90 días</b>
<b>Nivel 1:</b> Genéricos Preferidos	\$5 de copago	\$12 de copago
<b>Nivel 2:</b> De Marca Preferidos ~	\$25 de copago	\$60 de copago
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos No Preferidos ~	\$40 de copago	\$100 de copago
<b>Nivel 4:</b> De Especialidad ~	\$40 de copago	\$100 de copago
<b>Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>	<p>Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.</p> <p>Si su plan incluye cobertura adicional de medicamentos con receta, usted seguirá pagando los costos compartidos de la Etapa de Cobertura Inicial por esos medicamentos. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información.</p>	

~ Usted pagará un máximo de \$35 por un suministro de 1 mes de cada producto de insulina de la Parte D cubierto por nuestro plan. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

Si el costo real de un medicamento es menor que el costo compartido normal para ese medicamento, usted pagará el costo real, no el costo compartido más alto.

El patrocinador de su plan ofrece cobertura de medicamentos adicional a su beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Los copagos por medicamentos de esta sección corresponden a medicamentos que están cubiertos por su beneficio de la Parte D y por su cobertura adicional de medicamentos. Consulte la lista Cobertura Adicional de Medicamentos para obtener más información. También puede consultar el Certificado de Cobertura en [retiree.uhc.com/ECMT](http://retiree.uhc.com/ECMT) o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.

Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, pagará lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 31 días en una farmacia minorista.



## Es posible que usted califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para personas que tienen ingresos limitados y necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. No hay ninguna multa por solicitar esta ayuda, y usted puede volver a solicitarla cada año. Para saber si califica para el programa Ayuda Adicional, llame:

- A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, TTY 1-800-325-0778
- A la oficina estatal de Medicaid



## La Promesa de Ahorros de UnitedHealthcare

UnitedHealthcare tiene el compromiso de mantener los costos bajos de sus medicamentos con receta. Como miembro de UnitedHealthcare, usted tiene nuestra Promesa de Ahorros de que obtendrá el precio más bajo disponible. Ese precio bajo podría ser el copago de su plan, el precio minorista en la farmacia o nuestro precio contractual con la farmacia.

Beneficios adicionales		
		Dentro de la red y fuera de la red
<b>Servicios de acupuntura</b>	Acupuntura cubierta por Medicare (para el dolor lumbar crónico)	\$10 de copago
	Servicios de acupuntura de rutina <sup>^</sup>	\$10 de copago, hasta 12 visitas por cada año del plan*
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>1</sup>	\$10 de copago
	Servicios quiroprácticos de rutina <sup>^</sup>	\$10 de copago, por cada visita por cada año del plan*

## Beneficios adicionales

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



#### Manejo de la diabetes

Suministros para el control de la diabetes<sup>1</sup>

\$0 de copago

Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.

Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.

Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.

Su plan no cubre otras marcas.

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>

10% de coseguro

#### Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)<sup>1</sup>

10% de coseguro

Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)<sup>1</sup>

10% de coseguro



## Beneficios adicionales

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



#### Programa de acondicionamiento físico

Programa Renew Active® de UnitedHealthcare

\$0 de copago por el programa Renew Active de UnitedHealthcare, el programa de referencia de acondicionamiento físico de Medicare. Incluye una membresía gratuita a un gimnasio que usted elija de una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico, además de clases por Internet y actividades sociales divertidas.

Inicie sesión en el sitio web para miembros, busque “My Coverage” (Mi Cobertura) y elija “Access gym code” (Acceder al código del gimnasio) o llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare para obtener su código.

#### Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Exámenes y tratamiento de los pies<sup>1</sup>

\$10 de copago

Cuidado de los pies de rutina<sup>^</sup>

\$10 de copago, 6 visitas por cada año del plan\*

#### Asistencia mundial para viajes

UnitedHealthcare Global

\$0 de copago por los servicios de asistencia médica y para viajes las 24 horas del día cuando viaja fuera de su país o se encuentra a más de 100 millas de distancia de su domicilio.

Recibirá una tarjeta de ID aparte para los servicios de UnitedHealthcare Global que incluye la información de contacto del Centro de Respuesta ante Emergencias (Emergency Response Center, ERC).



#### Programa Healthy at Home de UnitedHealthcare

Programa para después de ser dado de alta

\$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:

- 28 comidas entregadas a su domicilio, se requiere una referencia
- 12 viajes en una sola dirección a citas médicas y la farmacia, hasta 50 millas por cada viaje, se requiere una referencia
- 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

<b>Beneficios adicionales</b>	
<b>Dentro de la red y fuera de la red</b>	
	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.
 <p><b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>1</sup></b></p>	\$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>Cuidado no médico a domicilio</b>	\$0 de copago por 8 horas por cada mes 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. Las horas no utilizadas no se transfieren. Se aplican algunas restricciones y limitaciones.
<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>	<p>Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios<sup>1</sup> \$10 de copago</p> <hr/> <p>Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios<sup>1</sup> \$10 de copago</p>
<b>Diálisis renal<sup>1</sup></b>	\$20 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

^Servicios cubiertos que no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.

## **Acerca de este plan**

GMA Premium (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 y farmacias de la red**

GMA Premium (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias 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. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [retiree.uhc.com/ECMT](http://retiree.uhc.com/ECMT) para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

## Información necesaria

GMA Premium (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 y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](http://es.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.

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden 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.

La participación en el programa de acondicionamiento físico es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases y las actividades de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, actividades, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. La red de gimnasios puede variar en el

mercado local y el plan.

# Cobertura adicional de medicamentos

**Esta no es una lista completa de los medicamentos con receta y suministros disponibles para usted.** Los medicamentos con receta y suministros de esta lista están cubiertos además de la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan. Puede encontrar la Lista de Medicamentos del plan en el sitio web para miembros o escanear el código QR que aparece al final de esta sección denominada Cobertura Adicional de Medicamentos.

## Lista extra de medicamentos

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Analgésicos - Medicamentos para tratar el dolor, la inflamación y las enfermedades de los músculos y las articulaciones</b>		
<b>Inflamación</b>		
Salsalate	1	
<b>Dolor del Tracto Urinario</b>		
Phenazopyridine	1	
<b>Anorexígenos - medicamentos para promover la pérdida de peso</b>		
Phentermine	1	QL (máximo de 1 cápsula o tableta por cada día)
<b>Saxenda</b>	3	QL (máximo de 5 inyecciones por cada 30 días)
<b>Anticoagulantes - medicamentos para prevenir la formación de coágulos</b>		
Solución heparínica de lavado	1	
<b>Agentes dermatológicos - medicamentos para tratar condiciones cutáneas</b>		
Piel seca y con picazón		
Sulfacetamide Sodium (lavado líquido 10%)	1	
Sulfacetamide Sodium con azufre (crema 10-5%)	1	
<b>Picazón o Dolor</b>		
Pramoxine/Hydrocortisone (crema 1-2.5%)	1	
<b>Agentes gastrointestinales - medicamentos para tratar condiciones digestivas, estomacales e intestinales</b>		
<b>Hemorroides</b>		
Hydrocortisone Acetate (supositorio 25 mg)	1	
Lidocaine/Hydrocortisone (crema perianal 3%-0.5%)	1	

**Letra remarcada = Medicamento de marca** Letra normal = Medicamento genérico

Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Reglas de cobertura o límites de uso
<b>Intestino Irritable o Úlceras</b>		
Hyoscyamine Sulfate	1	
<b>Levbid</b>	3	
<b>Agentes genitourinarios - medicamentos para tratar condiciones de la vejiga, los genitales y los riñones</b>		
<b>Disfunción Eréctil</b>		
<b>Edex</b>	3	QL (máximo 6 cartuchos por cada mes)
Sildenafil (25 mg, 50 mg, 100 mg)	1	QL (máximo 6 tabletas por cada mes)
Tadalafil	1	QL (máximo 6 tabletas por cada mes)
Vardenafil	1	QL (máximo 6 tabletas por cada mes)
<b>Trastorno del Deseo Sexual</b>		
<b>Addyi</b>	3	QL (máximo 1 tableta por cada día)
<b>Vyleesi</b>	3	QL (máximo 8 inyecciones cada 30 días)
<b>Infección Urinaria</b>		
<b>Uro-MP (118 mg)</b>	3	
<b>Espasmo y Dolor del Tracto Urinario</b>		
Belladonna Alkaloids & Opium (suppositories)	1	MME, 7D, DL
<b>Agentes hormonales - medicamentos de reemplazo o modificación hormonal</b>		
<b>Suplemento para la Tiroides</b>		
<b>Armour Thyroid</b>	3	
NP Thyroid	1	
<b>Suplementos nutricionales - medicamentos para tratar deficiencias de vitaminas y minerales</b>		
<b>Suplemento de Potasio</b>		
<b>K-Phos (tableta)</b>	3	
Potassium Bicarbonate (tableta efervescente 25 mEq)	1	
<b>Vitaminas y Minerales</b>		
Cyanocobalamin (inyección) (Vitamin B12) (1000 mcg)	1	
Folic Acid (1 mg) (solo con receta)	1	

**Letra remarcada = Medicamento de marca** Letra normal = Medicamento genérico



Nombre del medicamento	Nivel del medicamento	Reglas de cobertura o límites de uso
Folic Acid-Vitamin B6-Vitamin B12 (tableta 2.5-25-1 mg)	1	
Phytonadione (tableta)	1	
Reno (cápsula)	1	
Vitamin D (50,000 unidades) (solo con receta)	1	
<b>Agentes del tracto respiratorio - medicamentos para tratar alergias, tos, resfriados y condiciones pulmonares</b>		
<b>Tos y Resfriado</b>		
Benzonatate (100 mg, 200 mg)	1	
Brompheniramine/Pseudoephedrine/ (jarabe)	1	
Guaifenesin/Codeine (jarabe)	1	DL
Hydrocodone Polst/Chlorpheniramine (suspensión de liberación prolongada) (Tussionex genérico)	1	DL
Hydrocodone/Homatropine	1	DL
Promethazine/Codeine (jarabe)	1	DL
Promethazine/Dextromethorphan (jarabe)	1	

**Letra remarcada = Medicamento de marca** Letra normal = Medicamento genérico

Los medicamentos cubiertos están asignados a niveles. Cada nivel puede tener un costo diferente. Consulte el Resumen de Beneficios de esta guía para saber cuánto pagará por estos medicamentos.

Aunque usted paga el mismo copago o coseguro por estos medicamentos tal como se muestra en el Resumen de Beneficios y Evidencia de Cobertura, lo que usted paga por estos medicamentos con receta adicionales **no se aplica a sus gastos de su bolsillo de Medicare Parte D**. Los pagos por estos medicamentos con receta adicionales (realizados por usted o por el plan) se tratan de manera diferente a los pagos realizados por otros medicamentos con receta.

Los medicamentos con receta incluidos en la lista extra de medicamentos tienen una cobertura complementaria a los medicamentos con receta cubiertos por Medicare dentro del plan.

A diferencia de sus medicamentos con receta cubiertos por Medicare, usted no puede presentar una apelación o queja formal a Medicare por los medicamentos de la lista extra.

Si recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta, esta ayuda no se aplicará a la lista extra de medicamentos.

Si su medicamento tiene reglas o límites de cobertura, habrá un código en la columna "Reglas de cobertura o límites de uso" de la tabla. Los códigos y sus significados se muestran a continuación.

**QL - Límites de cantidad**

El plan solo cubre una determinada cantidad de este medicamento por 1 copago o durante un cierto número de días. Estos límites pueden garantizar un uso seguro y eficaz del medicamento.

**MME - Equivalente a miligramos de morfina**

Pueden aplicarse límites de cantidad adicionales a todos los medicamentos opiáceos utilizados para tratar el dolor. Este límite adicional se denomina equivalente a miligramos de morfina acumulado (MME). Está diseñado para vigilar los niveles seguros de dosificación de opiáceos en personas que pueden estar tomando más de un medicamento opiáceo para el tratamiento del dolor. Si su médico le receta más de esta cantidad o considera que el límite no es adecuado para su situación, usted o su médico le pueden solicitar al plan que cubra la cantidad adicional.

**7D - Límite de 7 días**

Un medicamento opiáceo utilizado para tratar el dolor puede limitarse a un suministro para 7 días si no tiene antecedentes recientes de uso de opiáceos. Este límite minimiza el consumo de opiáceos a largo plazo. Si es nuevo en el plan y tiene antecedentes recientes de uso de opiáceos, la farmacia puede anular el límite cuando lo considere oportuno.

**DL - Límite de suministro**

Se aplican límites de suministro a este medicamento. Este medicamento está limitado a un suministro de un mes por cada medicamento con receta.

**Escanee este  
código para  
ver la Lista de  
Medicamentos**



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

Los beneficios, copago y coseguros pueden cambiar cada año de plan o de beneficios.

La Lista de Medicamentos puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente que se encuentra en la portada.

Y0066\_070524\_011500\_C

CGEX25MP0266670\_000

# Esto es lo que puede esperar a continuación

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 postal



¡Comience su cobertura!  
Empiece a usar su plan

## Administre su plan en Internet

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

- Consultar la información más actualizada sobre sus reclamos y responder su evaluación de salud
- Encontrar proveedores de la red, farmacias, su Lista de Medicamentos (Formulario) y otra información sobre los beneficios y los materiales del plan
- Saber más sobre temas de salud y bienestar
- Suscribirse para recibir la 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®. Si desea más información, visite [uhhousecalls.com](https://uhhousecalls.com)
- Reciba los medicamentos que toma regularmente a través de Optum® Home Delivery Pharmacy

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

Le enviaremos un Aviso Anual de Cambios antes de que termine su año del plan donde se le informará sobre cualquier cambio en su plan para el próximo año del plan.

### Gracias por confiarle a UnitedHealthcare la cobertura de cuidado de su salud

Si tiene alguna pregunta, llame al número gratuito que se encuentra en la parte de atrás 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, estoy de acuerdo con 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 las Partes A y B de Medicare, y debo seguir pagando la Parte B de Medicare y, si corresponde, las primas 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 ser residente legal de los Estados Unidos.
- ✓ **El área de servicio incluye los 50 estados, el Distrito de Columbia y todos los territorios estadounidenses.**

Es probable que no esté cubierto mientras esté fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Sin embargo, con este plan, cuando esté fuera de los EE. UU. tendré cobertura para emergencias o cuidado requerido de urgencia.
- ✓ **Solo puedo tener un Plan Medicare Advantage o un Plan de Medicamentos con Receta a la vez.**
  - Mi inscripción en este plan cancelará automáticamente mi inscripción en cualquier otro plan de salud de Medicare.
  - Si me inscribo en otro Plan Medicare Advantage o Plan de Medicamentos con Receta de la Parte D de Medicare, se cancelará automáticamente mi inscripción en ese plan.
  - Si cancelo mi inscripción en este plan, me transferirán automáticamente a Medicare Original.
  - La inscripción en este plan es para todo el año del plan. Puedo salir de este plan solo en ciertas épocas del año o bajo condiciones especiales.
- ✓ **Mi información se divulgará a Medicare y a otros planes cuando sea necesario para tratamiento, procesamiento de pagos y 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 correspondientes.
- ✓ **Para miembros del plan Group Medicare Advantage.**

Entiendo que, cuando inicie mi cobertura, debo obtener todos mis beneficios médicos y de medicamentos con receta del plan. Los beneficios y servicios proporcionados por el plan y contenidos en el documento Evidencia de Cobertura (EOC) estarán cubiertos. Ni Medicare ni el plan pagarán por beneficios o servicios que no estén cubiertos.

## Aviso de no discriminación

**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 afecciones relacionadas; 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.

- **Correo Electrónico:** UHC\_Civil\_Rights@uhc.com
- **Correo Postal:** 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:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo Postal:** 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 de lenguaje de señas americano calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)

También proporcionamos servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de ID de miembro o en la portada del folleto (TTY **711**).

Este aviso está disponible en

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

## 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。

**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 serbisyong ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre 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, reciba más de lo que es importante para su salud con un plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare.

## Permítanos ayudarle. Se lo ha ganado.



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



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



Llame al número gratuito **1-866-519-5401**, TTY **711**,  
de 8 a.m. a 8 p.m. hora local, de lunes a viernes

Escanee este código  
para descargar  
la aplicación  
UnitedHealthcare

