



Aviso Anual de Cambio 2026

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)



MyUHC.com/CommunityPlan



Número gratuito 1-800-690-1606, TTY 711

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

¿Tenemos su dirección correcta?

Si no es así, háganoslo saber para que reciba toda la información del plan.

**United
Healthcare®**

Conozca las novedades de su plan para el próximo año

Este aviso describe las novedades de su plan, pero no incluye toda la información detallada. En todo este aviso, se le dirigirá a **MyUHC.com/CommunityPlan** para revisar la información detallada en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet después del **15 de octubre de 2025**.

Directorio de Proveedores

Revise el Directorio de Proveedores 2026 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) estén dentro de la red el próximo año.

Directorio de Farmacias

Revise el Directorio de Farmacias 2026 en Internet para saber qué farmacias estarán dentro de nuestra red el próximo año.

Lista de Medicamentos (Formulario)

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

Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) 2026 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para recibir los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. También tiene información sobre el programa de calidad, sobre cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sobre sus derechos y responsabilidades como miembro.

¿Preferiría obtener copias impresas?

Si desea una copia impresa de los documentos indicados anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al **1-800-690-1606** (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Ayude a reducir la acumulación de papeles y obtenga los documentos del plan más rápido.

Visite **MyUHC.com/CommunityPlan** a fin de inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

Aviso Anual de Cambio para el Año 2026

Introducción



Actualmente, usted está inscrito como miembro de nuestro plan.

El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este **Aviso Anual de Cambio** le explica los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Evidencia de Cobertura**, que se encuentra en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Para obtener una copia por correo postal, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir una copia por correo postal. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español y árabe.
- Puede obtener este **Aviso Anual de Cambio** sin costo en otros formatos, como en letra grande, documento electrónico accesible o en audio. Llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- Llame a Servicio al Cliente y pida que se anote en nuestro sistema que desea recibir los materiales del plan en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llámenos al número gratuito que se encuentra en su UCard® de UnitedHealthcare o en la portada de la guía de su plan.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. For more information, please call us toll-free at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Índice

A.	Exenciones de responsabilidad	5
B.	Revise su cobertura de Medicare y de TennCare (Medicaid) para el próximo año	5
	B1. Información sobre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).....	6
	B2. Cosas importantes que debe hacer	6
C.	Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red	7
D.	Cambios en los beneficios para el próximo año.....	7
	D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos	7
	D2. Cambios en la cobertura de medicamentos	13
	D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”	15
	D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores”	16
E.	Cambios administrativos.....	17
F.	Cómo elegir un plan.....	18
	F1. Cómo seguir en nuestro plan.....	18
	F2. Cómo cambiar de plan	19
G.	Cómo recibir ayuda.....	22
	G1. Nuestro plan	22
	G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP).....	23
	G3. Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo.....	23
	G4. Medicare	24
	G5. TennCare	24
	G6. El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	25



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Exenciones de responsabilidad

- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Tennessee Medicaid para coordinar sus beneficios de Medicaid.
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.
- Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto de los costos compartidos correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.
- Todas las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos titulares.
- El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta o colesterol alto, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

B. Revise su cobertura de Medicare y de TennCare (Medicaid) para el próximo año

Es importante que revise su cobertura ahora para asegurarse de que siga satisfaciendo sus necesidades el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la **Sección D** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Nuevos miembros de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP): En la mayoría de los casos, se le inscribirá en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) para recibir sus beneficios de Medicare el 1.^{er} día del mes después de solicitar su inscripción en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Puede seguir recibiendo sus servicios de TennCare de su plan de salud de TennCare anterior durante un mes adicional. Después de eso, recibirá sus servicios de TennCare a través de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). No habrá ninguna interrupción en su cobertura de TennCare. Si tiene alguna pregunta, llámenos al número que se encuentra al final de la página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si elige dejar nuestro plan, su membresía de Medicare terminará el último día del mes en el que se realizó la solicitud. La fecha específica en la que terminará su cobertura de TennCare depende de cuándo entre en acción su caso. Su aviso le indicará cuándo terminará su cobertura de TennCare; es posible que no sea el último día del mes. Usted seguirá estando inscrito en los programas Medicare y TennCare siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Opciones y servicios de TennCare en la **Sección F2**.

B1. Información sobre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

- UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” o “nuestra/s” en este **Aviso Anual de Cambio**, hacen referencia a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Compruebe si hay algún cambio en nuestros beneficios que le afecte.**
 - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
 - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.
- **Compruebe si hay algún cambio en nuestra cobertura de medicamentos que le afecte.**
 - ¿Sus medicamentos tendrán cobertura? ¿Usted podrá usar las mismas farmacias? ¿Habrá algún cambio, como preautorización, terapia escalonada o límites de cantidad?
 - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
 - Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán dentro de nuestra red el próximo año.**
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas, están dentro de nuestra red? ¿Y su farmacia? ¿Y los hospitales u otros proveedores que usted usa?
 - Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Piense en sus costos generales en el plan.**
 - ¿Cuáles son los costos totales en comparación con otras opciones de cobertura?
- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**

Si decide seguir en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP):	Si decide cambiar de plan:
Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil — no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, seguirá inscrito automáticamente en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).	Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la Sección F2 para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Se han hecho cambios en nuestras redes de proveedores y farmacias para el año 2026.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2026 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias están dentro de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** estará disponible después del 15 de octubre de 2025. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo postal un **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Es importante que sepa que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. Cambios en los beneficios por servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos cambiará el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cuidado Diurno para Adultos	Con cobertura	Sin cobertura



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, incluidos los servicios para el manejo del dolor crónico y el plan de tratamiento	Esta sección no existía en su Evidencia de Cobertura 2025. Si tiene enfermedades crónicas graves y recibe servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, su proveedor desarrolla un plan de cuidado integral mensual que indica sus problemas y metas de salud, proveedores, medicamentos, servicios comunitarios que usted tiene y necesita, y otra información sobre su salud. Su proveedor también ayuda a coordinar su cuidado cuando usted va de un centro de cuidado de la salud a otro.	Lo que usted paga depende de quién le preste sus servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas. Usted pagará \$0 por los servicios prestados por su proveedor de cuidado primario, especialista, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Capacitación para el Automanejo de la Diabetes, Servicios y Suministros para la Diabetes	Usted paga \$0 de copago. Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Los medidores de glucosa cubiertos 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. Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, debería hablar con su médico para obtener una nueva receta de suministros de una marca que tenga cobertura.	Usted paga \$0 de copago. Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, debería hablar con su médico para obtener una nueva receta de suministros de una marca que tenga cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios para la audición Aparatos auditivos	Usted recibe una asignación de \$3,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta o de venta sin receta cada año (solo productos selectos). Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solo productos selectos). Usted debe usar proveedores de UnitedHealthcare Hearing para acceder a este beneficio.	Usted recibe una asignación de \$3,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta o de venta sin receta cada dos años (solo productos selectos). Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solo productos selectos). Usted debe usar proveedores de UnitedHealthcare Hearing para acceder a este beneficio.
Reducción de la Prima de la Parte B de Medicare Esta cantidad se deducirá de la prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. Si la prima de la Parte B es menor que la reducción, usted no obtendrá la diferencia como pago en efectivo. La reducción solo se aplica a lo que usted adeuda por la Parte B, a menos que la pague TennCare.	\$0.40 Si TennCare u otros en nombre de usted pagan la prima de la Parte B de Medicare, usted no verá la reducción.	\$0.70 Si TennCare u otros en nombre de usted pagan la prima de la Parte B de Medicare, usted no verá la reducción.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para cuidadores y control de peso Alimentos saludables y servicios públicos — Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (continúa en la página siguiente)	\$336 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño. Si califica, también puede usarlo para pagar alimentos saludables. Use su UCard en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios. Su crédito vence al final de cada mes. La opción de alimentos saludables solamente está disponible para los miembros que califican a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI). El crédito no cubre las facturas de servicios públicos.	\$395 de crédito por mes que se cargan a su UCard® de UnitedHealthcare para productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, equipos para el acondicionamiento físico y apoyo adicional con servicios en el domicilio, cuidado de acompañante y control de peso. Si califica, también puede usarlo para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas. Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para cuidadores y control de peso Alimentos saludables y servicios públicos — Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (continuación)		cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Use su UCard en Internet o en tiendas para acceder a sus beneficios. Su crédito vence al final de cada mes. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan o consulte su Evidencia de Cobertura.
Referencia	No se requiere una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que los servicios estén cubiertos.	Algunos servicios dentro de la red — como visitas a un especialista, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional — requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que estén cubiertos. El proveedor de cuidado primario que elija puede afectar los especialistas y hospitales a los que podrá consultar. Para obtener más información sobre los servicios que requieren una referencia, consulte la Sección B del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Encontrará una **Lista de Medicamentos Cubiertos** actualizada en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. La **Lista de Medicamentos** estará disponible después del 15 de octubre de 2025.

También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener información actualizada de los medicamentos o para pedirnos que le enviemos por correo postal una **Lista de Medicamentos Cubiertos**.

Hicimos cambios en nuestra **Lista de Medicamentos**, que podrían incluir quitar o agregar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la **Lista de Medicamentos** para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si hay alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la **Lista de Medicamentos** entran en vigencia al principio de cada año. Sin embargo, es posible que hagamos otros cambios permitidos por Medicare o el estado que le afectarán durante el año calendario. Actualizamos nuestra **Lista de Medicamentos** en Internet al menos mensualmente para proporcionar la lista de medicamentos más actualizada. Si hacemos un cambio que afectará a un medicamento que usted está tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que:

- Consulte a su médico (o a otro profesional que receta) para encontrar un medicamento diferente que cubramos.
 - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud para pedir una **Lista de Medicamentos Cubiertos** que tratan la misma enfermedad.
 - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.
- Nos pida que cubramos un suministro temporal del medicamento.
 - En algunas situaciones, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días. (Si desea más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y sobre cómo pedirlo, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.)
 - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico sobre qué hacer cuando se termine dicho suministro. Usted puede cambiar el medicamento por uno diferente que cubra nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Cambios en los costos de medicamentos

Nota importante: En 2026, lo que usted paga por los medicamentos con receta cubiertos por la Parte D lo determina Medicare y depende de la etapa de medicamentos en la que se encuentre, del nivel del programa Ayuda Adicional que reciba y de que el medicamento sea de marca o genérico. Para obtener más información detallada, consulte su **Evidencia de Cobertura**.

Según sus requisitos de participación en TennCare que le califican para el programa Ayuda Adicional, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Dado que usted tiene los beneficios completos de TennCare, su costo compartido por los medicamentos cubiertos por la Parte D con el programa Ayuda Adicional probablemente será \$0 de copago. Consulte a continuación el costo compartido del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos relacionado con todos los niveles del programa Ayuda Adicional.

En nuestro plan, hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare. Lo que usted paga depende de la etapa en la que usted se encuentre cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

Etapas de Cobertura	Etapas de Cobertura
Etapas de Cobertura Inicial	Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores
Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Usted comienza esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2026. Usted comienza esta etapa después de pagar una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo para los medicamentos alcance \$2,100. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

Conforme al Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos pagados por los fabricantes conforme al Programa de Descuento de Fabricantes no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D3. Etapa 1: “Etapa de Cobertura Inicial”

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos cubiertos, y usted paga su parte. Su parte se llama copago. El copago depende del nivel de costo compartido al que esté asignado el medicamento y del lugar en que usted lo obtenga. Usted paga un copago cada vez que surte una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Pasamos algunos de los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos a un nivel más bajo o más alto. Si sus medicamentos pasan de un nivel a otro, su copago podría verse afectado. Para saber si sus medicamentos están en un nivel diferente, búsquelos en nuestra **Lista de Medicamentos**.

La siguiente tabla indica sus costos por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red según su copago con el programa Ayuda Adicional. Estas cantidades se aplican únicamente mientras usted esté en la Etapa de Cobertura Inicial.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

Para obtener información sobre los costos de las vacunas o información sobre los costos de un suministro a largo plazo; o en una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos; o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte la **Sección D** del **Capítulo 6** de su **Evidencia de Cobertura**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos con receta	
Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	• \$0 de copago o • \$1.60 de copago o • \$4.90 de copago	Si está inscrito en las Partes A y B de Medicare y recibe los beneficios de la División de TennCare (Medicaid), según sus ingresos y su situación institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: • \$0 de copago o • \$1.60 de copago o • \$5.10 de copago



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Por todos los demás medicamentos cubiertos	• \$0 de copago o • \$4.80 de copago o • \$12.15 de copago	Si está inscrito en las Partes A y B de Medicare y recibe los beneficios de la División de TennCare (Medicaid), según sus ingresos y su situación institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: • \$0 de copago o • \$4.90 de copago o • \$12.65 de copago

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo alcance **\$2,100**. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. El plan cubre todos sus medicamentos de la Parte D hasta el final del año. Es posible que usted tenga costos compartidos por los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado o por Medicaid. Consulte el **Capítulo 6** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre cuánto paga por los medicamentos.

D4. Etapa 2: “Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores”

Cuando usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo de \$2,100 en sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos por la Parte D. Usted permanece en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre sus costos en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte el **Capítulo 6** de su **Evidencia de Cobertura**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

E. Cambios administrativos

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cuidado de emergencia — Reembolso en Todo el Mundo	Las emergencias en el extranjero y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos mientras usted viaja. Las solicitudes de pago de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos de servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables	Las emergencias en el extranjero y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos mientras usted viaja. Las solicitudes de pago de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos de servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables. La Evidencia de Cobertura ahora incluye algunas instrucciones adicionales para hacer que los servicios en el extranjero se le reembolsen directamente a usted o al proveedor. Para obtener información completa, consulte la Sección A del Capítulo 7 de la Evidencia de Cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año y puede ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre). Es posible que usted esté participando en esta opción de pago.	Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el año 2026. Si desea más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-800-690-1606 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.Medicare.gov
Servicios para Trasplantes — Viajes y alojamiento	Si recibe un trasplante dentro de la red en un sitio fuera de su comunidad local de cuidado, es posible que algunos gastos de viaje y alojamiento relacionados con su trasplante estén cubiertos.	Se ha actualizado la Evidencia de Cobertura para incluir más información detallada que explique los gastos permitidos de viaje y alojamiento relacionados con un trasplante. Para obtener más información detallada, consulte la Sección F del Capítulo 4.

F. Cómo elegir un plan

F1. Cómo seguir en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en un plan de Medicare diferente o se cambie a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2026.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F2. Cómo cambiar de plan

Para su plan TennCare, los miembros de TennCare pueden cambiar su Organización de Cuidado Administrado (Managed Care Organization, MCO) una (1) sola vez en un plazo no mayor de los noventa (90) días calendario iniciales a partir de la fecha de la carta que les informa sobre la asignación de su Organización de Cuidado Administrado. Usted seguirá siendo miembro de la Organización de Cuidado Administrado designada hasta que se le dé la oportunidad de cambiar una vez al año durante un período de cambio anual. El período de cambio anual ocurrirá cada año en marzo para los miembros del oeste de Tennessee, en mayo para los miembros del centro de Tennessee y en julio para los miembros del este de Tennessee. La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden cancelar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene TennCare, puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Abierta**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- sus requisitos de participación en TennCare o el programa Ayuda Adicional cambian, o
- usted se haya mudado hace poco o reciba actualmente cuidado en una institución (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección F2**. Al elegir una de estas opciones, usted cancela automáticamente su membresía en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

1. Puede cambiarse a: Otro plan que proporcione su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP) o un plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), si califica.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si tiene consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), llame al 423-698-0802. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee a la Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee al 1-877-801-0044, TTY 1-800-848-0299. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee en su área, visite tnmedicarehelp.com. O Inscríbase en un nuevo plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Su inscripción en TennCare no se verá afectada por este cambio.
2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan aparte de medicamentos de Medicare	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee a la Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee al 1-877-801-0044, TTY 1-800-848-0299. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

	Tennessee en su área, visite tnmedicarehelp.com. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos con receta. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Su inscripción en TennCare no se verá afectada por este cambio.
3. Puede cambiarse a: Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse. Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee a la Comisión sobre Envejecimiento y Discapacidad de Tennessee al 1-877-801-0044, TTY 1-800-848-0299, tnmedicarehelp.com.	Debe hacer lo siguiente: Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee a la Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee al 1-877-801-0044, TTY 1-800-848-0299, tnmedicarehelp.com. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Su inscripción en TennCare no se verá afectada por este cambio.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

4. Puede cambiarse a:

Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**.

Debe hacer lo siguiente:

Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), llame al 423-698-0802.

Si necesita ayuda o más información:

Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee a la Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee al 1-877-801-0044, TTY 1-800-848-0299, tnmedicarehelp.com.

O

Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.

Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancelará automáticamente.

Su inscripción en TennCare no se verá afectada por este cambio.

Sus servicios de TennCare

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de TennCare después de dejar nuestro plan, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee al 1-877-801-0044, TTY 1-800-848-0299, tnmedicarehelp.com. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de TennCare.

G. Cómo recibir ayuda**G1. Nuestro plan**

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página durante los días y el horario de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Lea su Evidencia de Cobertura

Su **Evidencia de Cobertura** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios para 2026. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos que cubrimos.

La **Evidencia de Cobertura** para 2026 estará disponible para el 15 de octubre. En nuestro sitio web, **MyUHC.com/CommunityPlan**, encontrará una copia actualizada de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo postal una **Evidencia de Cobertura** para 2026.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**), y nuestra **Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)**. Estos documentos estarán disponibles en Internet para el 15 de octubre de 2025.

G2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP)

También puede llamar al programa estatal de asistencia con el seguro de salud (state health insurance program, SHIP). En Tennessee, el programa estatal de asistencia con el seguro de salud se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee. Este programa puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. No tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados **en todo el estado**, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee es el 1-877-801-0044. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee en su área, visite tnmedicarehelp.com.

G3. Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo

El Ombudsman trabaja con muchas agencias y puede ayudar a resolver preguntas o inquietudes que involucran a agencias estatales y federales que administran servicios a personas mayores. Las inquietudes pueden incluir la calidad del cuidado, información financiera, derechos de los residentes, admisiones, traslados y altas. También se incluyen preguntas sobre asilos de convalecencia, hogares para adultos mayores, cuidado en residencias de vivienda asistida, TennCare y Medicare.

El Programa del Ombudsman (también llamado Ombudsperson) puede ayudarle si tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del ombudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Ombudsman:

- trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman es el 1-877-236-0013.

G4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- tenga una conversación en vivo en es.Medicare.gov/talk-to-someone
- escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes.

Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite es.medicare.gov y haga clic en “Buscar planes”.)

Manual Medicare Y Usted 2026

Puede leer el manual **Medicare Y Usted 2026**. Este manual se envía por correo postal cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf) o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

G5. TennCare

TennCare es el programa de Medicaid del estado de Tennessee. Proporciona cuidado de la salud sobre todo a mujeres embarazadas de bajos ingresos, padres o cuidadores de un menor, niños y personas mayores o que tienen una discapacidad. ¿Tiene preguntas sobre su cobertura de TennCare? Llame a su plan de salud o llame a TennCare Connect al 1-855-259-0701 o al TTY 1-800-848-0298.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

G6. El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que puede ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (de enero a diciembre) como pagos mensuales. Este programa no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.

Participar en el programa **Ayuda Adicional** de Medicare, el programa estatal de ayuda para medicamentos (state's pharmaceutical assistance program, SPAP) y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, es más ventajoso que participar solo en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros cumplen los requisitos para participar en este programa, independientemente del nivel de ingresos. Si desea más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite es.medicare.gov.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Aviso de antidiscriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles vigentes y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos ni tratamos menos favorablemente a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Usted puede solicitar intérpretes o comunicaciones en otros idiomas o formatos, por ejemplo, en letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

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

Si usted cree que no le hemos prestado estos servicios o que le hemos discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130
UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344
Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro (TTY **711**).

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:

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

Teléfono: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)

Correo Postal: U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios para quejas están disponibles en: **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Este aviso está disponible en: **<https://www.uhc.com/nondiscrimination-med>**
<https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html>

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia en otros idiomas y formatos alternativos

¿Necesita ayuda o un servicio auxiliar gratuito de idioma?

ATTENTION: If you speak a language other than English, help in your language is available for free. We have free interpretation and translation services to help you. We have free auxiliary aids and services, like large print, to communicate effectively with you. Call us at 1-800-690-1606, TTY: 711.

አማርኛ የሚናገሩ ከሆኑ፣ ነጻ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች ይገኛሉ። ወደ 1-800-690-1606፣ (TTY:- 711) ይደውሉ።

إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجاناً. اتصل على الرقم

.1-800-690-1606, TTY: 711

如果您說**中文**，可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-800-690-1606，聽力語言殘障服務專線 (TTY):711。

اگر به زبان **فارسی** صحبت می‌کنید، خدمات کمک‌زبانی رایگان در دسترس شماست. با شماره

1-800-690-1606 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Si vous parlez **français**, des services d'aide linguistique sont à votre disposition gratuitement. Appelez le 1-800-690-1606, TTY : 711.

Falls Sie **Deutsch** sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzen zur Verfügung. Rufen Sie an unter 1-800-690-1606, TTY: 711.

જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો વિના મૂલ્યે ભાષાકીય મદદરૂપ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.

1-800-690-1606 પર કોલ કરો, TTY: 711.

यदि आप **हिंदी** बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-690-1606, TTY: 711।

日本語をお話しになる場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。

1-800-690-1606、TTY: 711までお電話ください。

한국어한국어를 사용하시는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 제공 받으실 수 있습니다.

연락처: 1-800-690-1606 (TTY: 711).

ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທຫາ 1-800-690-1606, TTY: 711.

Se você fala **português**, serviços gratuitos de assistência idiomática estão disponíveis.

Ligue para 1-800-690-1606, TTY: 711.

Если вы говорите на **русском** языке, для вас доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по номеру: 1-800-690-1606 (линия TTY: 711).

Si habla **español**, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma.

Llame al 1-800-690-1606 (TTY: 711).

Ikiwa unazungumza **Kiswahili**, huduma za msaada wa lugha bila malipo zinapatikana.

Piga simu namba 1-800-690-1606, TTY: 711.

Kung nagsasalita ka ng **Tagalog**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-690-1606, TTY: 711.

మీరు తెలుగు మాట్లాడే, ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు అందుబాటులో ఉన్నాయి.

1-800-690-1606 కు కాల్ చేయండి, TTY: 711.

หากคุณพูด **ภาษาไทย** บริการช่วยเหลือด้านภาษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมีให้บริการ ติดต่อ

1-800-690-1606, TTY: 711.

Якщо ви розмовляєте **українською**, ви можете безоплатно скористатися послугами

мовної підтримки. Телефонуйте на номер 1-800-690-1606 (лінія TTY: 711).

Nếu quý vị nói **Tiếng Việt**, sẽ có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Gọi 1-800-690-1606,

TTY: 711.

Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)



MyUHC.com/CommunityPlan



Llame al 1-800-690-1606

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

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

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



Escriba a P.O. Box 30769

Salt Lake City, UT 84130-0769