Resumen de Beneficios 2027

UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)

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.

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **UHC.com/CommunityPlan**

Llame al número gratuito **1-800-690-1606**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

United Healthcare®
Dual Complete

Y0066_SB_H0251_009_001_2027_M SP

UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP): Resumen de Beneficios 2027

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad....3

B. Preguntas frecuentes (FAQ)....5

C. Lista de servicios cubiertos....10

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)....26

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni TennCare....26

F. Sus derechos como miembro del plan....26

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado....29

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude....29

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) del **1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027**. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura**. Puede consultar la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

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.

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.

Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual Medicare Y Usted. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov) o solicitarlo por teléfono 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.

Para obtener más información sobre su cobertura de TennCare, puede comunicarse con su Organización de Cuidado Administrado (Managed Care Organization, MCO). Si necesita la información de contacto de su Organización de Cuidado Administrado, puede visitar www.tn.gov/tenncare/contact-us y buscar en “Additional Help” (Ayuda Adicional) o, si no está seguro de cuál es su Organización de Cuidado Administrado, puede comunicarse con TennCare Connect al 1-855-259-0701 o al 1-800-848-0298 TTY, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del Centro.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille, documentos electrónicos accesibles, traducciones de idiomas o audio. Llame al **1-800-690-1606** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Ofrecemos servicios gratuitos de traducción para sus materiales para miembros, por ejemplo, si necesita una carta nuestra en otro idioma. Los materiales para miembros están disponibles, como mínimo, en español y árabe.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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 no entiende una carta de parte nuestra o sus servicios, llame a su Coordinador del Cuidado de la Salud. Esta persona puede hablar con usted sobre sus problemas y tratar de ayudarle a resolverlos. Este servicio es gratuito para usted.

Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.

El Formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Aparatos auditivos: El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición.

Beneficios dentales de rutina: Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. El tamaño de la red varía según el mercado local.

Programa de acondicionamiento físico: El beneficio de acondicionamiento físico y la red de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. 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.

Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar: Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), alimentos, servicios públicos y apoyo para el bienestar tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, revise su **Evidencia de Cobertura**. 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 crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen los criterios del plan que indican que están en alto riesgo de hospitalización y que cumplen los requisitos para la coordinación intensiva del cuidado de la salud. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí. Si usted usa este beneficio para ciertos servicios públicos, podría considerarse ingresos para la asistencia con la vivienda. Consulte con su autoridad de vivienda para obtener información detallada.

Programa de Recompensas: Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.**

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un plan FIDE-SNP?	Un Plan Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble ("FIDE" SNP) administra tanto Medicare como TennCare en un solo plan de salud. Un plan FIDE SNP es la opción más integrada de plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble. Los miembros reciben una sola tarjeta de miembro, una guía, un directorio de proveedores integrado, avisos combinados y acceso a un proceso de apelación unificado. Este plan también se conoce como un "plan alineado" Hay dos planes FIDE SNP: • UHC Dual Complete TN-YL (HMO-POS D-SNP): La inscripción está limitada a personas con Medicare y TennCare que también están inscritas en CHOICES o ECF CHOICES • UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP): La inscripción está limitada a personas con Medicare y TennCare, pero que no están inscritas en CHOICES o ECF CHOICES ni en el programa de exención 1915(c).
En UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de TennCare que recibo ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de TennCare directamente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su coordinador del cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, o servicios especializados de salud mental y trastornos por consumo de sustancias, o servicios de centros regionales.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
En UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de TennCare que recibo ahora? **(continúa de la página anterior)**	Cuando se inscriba en UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), usted y su coordinador del cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales. Si está tomando medicamentos de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles. • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP). Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos. • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP). • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? **(continúa de la página anterior)**	TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), llame a Servicio al Cliente para consultar cómo seguir conectado. Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en **myUHC.com/CommunityPlan.** Si es nuevo en UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.
¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)?	Un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) es la persona principal con la que debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.
¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red. Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Para obtener más información, llame al número de Servicio al Cliente o consulte su **Evidencia de Cobertura**.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Dónde está disponible UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: Tennessee: Benton, Carroll, Chester, Crockett, Decatur, Dyer, Fayette, Gibson, Hardeman, Hardin, Haywood, Henderson, Henry, Lake, Lauderdale, Madison, McNairy, Obion, Shelby, Tipton, Weakley. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para obtener más información sobre si el plan está disponible donde usted vive.
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a que usted debe obtener una aprobación de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, **antes** de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento. **Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.** UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarles a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) antes de que se preste el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de la **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios requieren una preautorización. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.**

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su proveedor de cuidado primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su proveedor de cuidado primario, es posible que UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) no cubra los servicios. UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su proveedor de cuidado primario antes de que se preste el servicio. Consulte la **Evidencia de Cobertura** si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)?	No. Dado que usted tiene la Asistencia Médica (Medicaid), no tendrá que pagar ninguna prima mensual por su cobertura de salud. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague la Asistencia Médica (Medicaid) u otro tercero por usted.
¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)?	En UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de $0.

C. Lista de servicios cubiertos

La siguiente tabla es una descripción general rápida de los servicios que usted podría necesitar, y las reglas sobre los beneficios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario	Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado de un médico o un cirujano	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted quiere consultar a un médico	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección de cáncer	$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	$0	1 por cada año.
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	$0	
	Cuidado de especialistas	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Requiere una referencia de su médico.
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	$0	No se necesita una preautorización para recibir servicios dentro ni fuera de la red.
	Cuidado de urgencia	$0	No se necesita una preautorización para recibir servicios dentro ni fuera de la red.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita exámenes médicos	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Análisis de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita servicios para la audición (continúa en la página siguiente)	Exámenes de audición	$0	1 por cada año La cobertura se limita a los miembros menores de 21 años, excepto que se trate de un beneficio complementario.
	Aparatos auditivos	$0	$2,200 de asignación para 2 aparatos auditivos cada 2 años • Una amplia selección de aparatos auditivos de alto valor y de marca con receta • Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para la audición (continuación)			• La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía • Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita cuidado dental (continúa en la página siguiente)	Servicios dentales integrales	$0	$3,500 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos. • Sin deducible anual • Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes • Posibilidad de consultar a cualquier dentista Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red. Para obtener información detallada, consulte su Evidencia de Cobertura.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado dental (continuación)	Exámenes dentales y cuidado preventivo	$0	Cobertura dental para servicios como limpiezas, empastes dentales, radiografías y coronas
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	
Usted necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista	$0	1 por cada año. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Anteojos o lentes de contacto	$0	El plan paga hasta $300 cada año para la compra de 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto (a través de March Vision). El beneficio no está cubierto fuera de la red La cobertura para anteojos se limita a los miembros menores de 21 años, excepto que se trate de un beneficio complementario.
	Otro cuidado de la vista	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para la salud del comportamiento	Servicios para la salud del comportamiento (servicios de salud mental)	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Visitas virtuales de salud mental		Hable con un proveedor de telesalud de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo.
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarle	Cuidado de enfermería especializada	$0	$0 de copago por cada día: días 1 a 100. Nuestro plan cubre hasta 100 días en un centro de enfermería especializada (SNF). Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado Temporal para Adultos y Cuidado Temporal para Adultos en Grupo	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud (continúa en la página siguiente)	Transporte de emergencia	$0	$0 de copago por transporte terrestre $0 de copago por transporte aéreo Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud (continuación)	Transporte a citas y servicios médicos (servicios de transporte que no es de emergencia [NEMT])	$0	100 viajes en una sola dirección por cada año desde o hacia sitios aprobados. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias.
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en el consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la **Evidencia de Cobertura**. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Medicamentos de la Parte D de Medicare Nivel 1: Genéricos Preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De Marca	Genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): $0, $1.65 o $5.80 de copago por un suministro de 30 días Los medicamentos que están en el Nivel 1 siempre tienen $0 de copago.	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP).

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)	Nivel 4: Medicamentos No Preferidos Nivel 5: Especializados	Todos los demás medicamentos: $0, $5 o $14.40 de copago Los medicamentos que están en el Nivel 1 siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) Los copagos por medicamentos pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que usted recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.	Una vez que usted u otros en nombre de usted hayan pagado $2,400, usted habrá alcanzado la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y pagará $0 por todos sus medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre esta etapa, lea la **Evidencia de Cobertura**. Si usted tiene cobertura de Medicare y de la División de TennCare (Medicaid), califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional. Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red. Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete TN-Y2 para ciertos medicamentos. Los miembros que viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)			Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga $0. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan.
	Medicamentos sin receta (OTC)	$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP).
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de diálisis	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de podiatría	$0	4 visitas por cada año. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados **Nota:** Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el **Capítulo 4** de la **Evidencia de Cobertura**	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Nebulizadores	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo de oxígeno y suministros	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio	Servicios de asistencia médica a domicilio	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios. Para obtener más información, comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.
	Servicios de habilitación diurnos	$0	
	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	$0	Para obtener más información, comuníquese con su Coordinador del Cuidado de la Salud.
Servicios Adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	$0	$0 de copago, 20 visitas por cada año Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios Adicionales (continuación)	Suministros y servicios para la diabetes	$0	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, AccuChek 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. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
	Servicios de obtención de órganos/tejidos de donantes	$0	
	Programa de acondicionamiento físico	$0	$0 de copago Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye:

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios Adicionales (continuación)			• Membresía gratuita a un gimnasio en centros estándar • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios
	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$0	$370 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican • Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y mucho más • Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua embotellada • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General, Target y en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios Adicionales (continuación)			• Pague servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet • Reciba apoyo para el bienestar, que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, alivio del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más
	Beneficio de comidas	$0	$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF)
	Servicios para trasplantes de órganos y tejidos	$0	
	Servicios de enfermería privada	$0	
	Servicios de prótesis	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios Adicionales (continuación)	Radioterapia	$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cirugía reconstructiva de seno	$0	
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	$0	

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP). Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar **myUHC.com/CommunityPlan.**

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare o TennCare. Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, TennCare o una Agencia Estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados para enfermos terminales cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP)	$0
Rehabilitación psicosocial	$0
Administración de casos dirigida a grupos específicos	$0
Habitación y comida en casa de reposo	$0

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni TennCare

Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a **Servicio al Cliente** a los números que se encuentran al final de esta página.

Servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni TennCare
Servicios que no sean médicamente necesarios.
Servicios que sean experimentales o en investigación.
Cualquier tratamiento médico o de salud del comportamiento (salud mental, trastornos por consumo de alcohol o de sustancias) fuera de los Estados Unidos.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:

  - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo, orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo, asistencia pública u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Tiene derecho a denunciar o presentar una queja por escrito si considera que ha recibido un trato diferente. Recibir un trato diferente significa que le han discriminado. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo cuidado sin temor a recibir un mal trato de parte de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP), los proveedores o TennCare. Para presentar una queja o si desea más información sobre sus derechos, visite: tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.
  - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, documentos electrónicos accesibles, braille o en audio) sin cargo
  - No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión

- **Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud.** Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un idioma y en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:
  - Descripción de los servicios que cubrimos
  - Cómo recibir servicios
  - Cuánto le costarán los servicios
  - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y del coordinador del cuidado de la salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
  - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año
  - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
  - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
  - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
  - Rehusarse a recibir tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
  - Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
  - Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en Instrucciones por Anticipado

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.**

- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
  - Recibir cuidado médico oportunamente
  - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
  - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
  - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia.
  - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
  - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
  - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal.
  - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
  - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores.
  - Presentar una queja ante TennCare al 1-800-878-3192 o al 1-866-771-7043 TTY. El sitio web de TennCare tn.gov/tenncare/ tiene formularios para quejas, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en Internet.
  - Solicitar una Revisión Médica Independiente de los servicios o artículos de Medicaid que sean de naturaleza médica
  - Apelar ciertas decisiones tomadas por nosotros o nuestros proveedores
  - Solicitar una Audiencia Estatal
  - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

Las personas que tienen Medicare y TennCare también pueden llamar a TennCare Connect al **1-800-259-0701**.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606**, TTY **711,** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, 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.**

G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tal vez pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura.** También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

Para presentar quejas/quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department
P.O. Box 6106, MS CA120-0360
Cypress, CA 90630-0016.

Para presentar apelaciones sobre medicamentos de la Parte D o de Medicaid únicamente:

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department
P.O. Box 6106, MS CA120-0368
Cypress, CA 90630-0016

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude

La mayoría de los profesionales y las organizaciones de cuidado de la salud que prestan servicios son honestos. Lamentablemente, es posible que haya algunos que no lo sean.

Si usted cree que un médico, un hospital o una farmacia están haciendo algo indebido, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) a los números de teléfono que aparecen en la portada de este resumen o a los números que se encuentran al final de esta página.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048.** Usted puede llamar a estos números sin costo**.**
- Puede llamar a la línea directa de la Oficina de Integridad del Programa (Office of Program Integrity, OPI) de TennCare al número gratuito **1-800-433-3982** o los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-779-3103**.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o sus Tarjetas de ID de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP):

Llame al 1-800-690-1606

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Si tiene preguntas sobre su salud:

Llame a su proveedor de cuidado primario (PCP). Siga las instrucciones de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado cuando el consultorio esté cerrado.

Si el consultorio de su proveedor de cuidado primario está cerrado, también puede llamar a Nurse Line. Una enfermera escuchará su problema y le dirá cómo recibir cuidado. (Ejemplo: clínicas sin cita previa, centros de cuidado de urgencia, sala de emergencias). Los números de Nurse Line son:

Llame al 1-800-690-1606

Las llamadas a este número son gratuitas. UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Si necesita cuidado de la salud del comportamiento inmediatamente, llame a la Línea para Casos de Crisis de Salud del Comportamiento

Llame al 1-800-690-1606

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UHC Dual Complete TN-Y2 (HMO-POS D-SNP) 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., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.