



Guía para Miembros 2026

UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)



myUHC.com/CommunityPlan



Número gratuito **1-866-944-4983**, 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

United
Healthcare
Community Plan

Guía para Miembros de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)

Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Su Cobertura de Salud y de Medicamentos en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)

Introducción a la Guía para Miembros

Esta **Guía para Miembros**, conocida también como **Evidencia de Cobertura**, describe su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2026. Explica los servicios para el cuidado de la salud. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de esta **Guía para Miembros**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s”, “nuestra/s” o “nuestro plan” en esta **Guía para Miembros**, se refieren a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).

ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al **1-800-256-6533 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes.

ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-256-6533 (TTY 711)**, 8 a.m.–8 p.m. local time, M–F. The call is free.

Este documento está disponible sin costo en español.

Para obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir este documento en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.

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. Los beneficios o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de 2027.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- 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 presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades 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.
- Nuestros medicamentos cubiertos, nuestra red de farmacias o nuestra red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de anticipación.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983, 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.**

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), un plan de salud que cubre o coordina todos sus servicios de Medicare y de STAR+PLUS, y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Bienvenido a nuestro plan.....	6
Sección B	Información sobre Medicare y STAR+PLUS.....	6
	Sección B1 Medicare	6
	Sección B2 STAR+PLUS.....	6
Sección C	Ventajas de este plan	7
Sección D	Área de servicio de nuestro plan.....	7
Sección E	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	8
Sección F	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud	8
Sección G	Su equipo de coordinación de servicios y plan de servicios	9
	Sección G1 Equipo de coordinación de servicios.....	9
	Sección G2 Plan de servicios.....	9
Sección H	Sus costos mensuales de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)	9
	Sección H1 Prima del plan	10
	Sección H2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare	10
	Sección H3 Prima de los Beneficios Complementarios Opcionales	11
	Sección H4 Cantidad de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.....	11
Sección I	Esta Guía para Miembros	11



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección J	Otra información importante que le enviamos	11
	Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro.....	12
	Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias.....	12
	Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos	13
	Sección J4 La Explicación de Beneficios.....	14
Sección K	Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	14
	Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)	15



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan presta servicios de Medicare y de STAR+PLUS a las personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, proveedores de servicios de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores de servicios y equipos de coordinación de servicios para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Sección B Información sobre Medicare y STAR+PLUS

Sección B1 Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas de 65 años en adelante,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

Sección B2 STAR+PLUS

STAR+PLUS es el nombre del programa Texas Medicaid. STAR+PLUS es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. STAR+PLUS ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién cumple los requisitos,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de Texas aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de STAR+PLUS a través de nuestro plan siempre y cuando:

- elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Texas nos permitan seguir ofreciendo este plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, sus requisitos de participación para recibir los servicios de Medicare y de STAR+PLUS no se verán afectados.

Sección C Ventajas de este plan

Ahora, usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por STAR+PLUS a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos. **No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.**

Ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de STAR+PLUS funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede consultarnos por la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Cuenta con un equipo de coordinación de servicios que usted ayuda a formar. Su equipo de coordinación de servicios puede incluirles a usted, su cuidador, médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud.
- Usted tiene acceso a un coordinador de servicios. Esta persona colaborará con usted, con nuestro plan y con su equipo de coordinación de servicios para ayudar a elaborar un plan de cuidado.
- Usted puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de coordinación de servicios y de su coordinador de servicios.
- Su equipo de coordinación de servicios y su coordinador de servicios colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de coordinación de servicios ayuda a coordinar los servicios que usted necesite. Por ejemplo, esto significa que su equipo de coordinación de servicios se asegura de que:
 - Sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para poder verificar que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario que puedan causarle.
 - Los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores, según corresponda.

Sección D Área de servicio de nuestro plan

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de Texas: Condado de Harris.

Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Usted no puede seguir en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el **Capítulo 8** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- actualmente cumpla los requisitos de STAR+PLUS **y** al menos una de las siguientes condiciones:
 - tenga una discapacidad física o mental, y califique para el programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI), **o**
 - califique para STAR+PLUS porque recibe Servicios a Domicilio y en la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) del programa de exención; **y**
- NO esté inscrito en uno de los siguientes programas de exención 1915(c):
 - Servicios de Asistencia y Apoyo para la Vida en la Comunidad (Community Living Assistance and Support Services, CLASS)
 - Programa para Personas Sordas, Ciegas y con Múltiples Discapacidades (Deaf Blind with Multiple Disabilities, DBMD)
 - Servicios a Domicilio y en la Comunidad (HCBS)
 - Programa para la Vida en el Domicilio de Texas (Texas Home Living, TxHmL)

Si deja de cumplir los requisitos, pero se puede esperar que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de seis meses, sigue cumpliendo los requisitos de nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Sección F Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en un plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA) en un plazo no mayor de 90 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos realizarle una evaluación de riesgos para la salud, que es la base para desarrollar su plan de cuidado. La evaluación de riesgos para la salud incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para realizar esta evaluación. Podemos realizarla durante una visita en persona o una llamada telefónica, o por correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta evaluación de riesgos para la salud.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección G Su equipo de coordinación de servicios y plan de servicios

Sección G1 Equipo de coordinación de servicios

Un equipo de coordinación de servicios puede ayudarle a seguir recibiendo el cuidado que usted necesite. Un equipo de coordinación de servicios puede incluir a su médico, un coordinador de servicios u otro profesional de salud que usted elija.

Un coordinador de servicios es una persona capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que usted necesite. Cuando usted se inscribe en nuestro plan, se le asigna un coordinador de servicios. Esta persona también le refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan no puede proporcionarle y colaborará con su equipo de coordinación de servicios para ayudar a coordinar su cuidado. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador de servicios y su equipo de coordinación de servicios.

Sección G2 Plan de servicios

Su equipo de coordinación de servicios colabora con usted para elaborar un plan de servicios. Un plan de servicios les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos, tales como sus servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo Administrados (LTSS), entre otros.

Su plan de servicios incluye:

- sus metas de cuidado de la salud, y
- un plazo para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de coordinación de servicios se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud. Le pregunta por los servicios que usted necesita. También le explica los servicios que sería conveniente que considere recibir. Su plan de servicios se elabora según sus necesidades y metas. Su equipo de coordinación de servicios colabora con usted para actualizar su plan de servicios al menos cada año.

Sección H Sus costos mensuales de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (**Sección H1**)
- Prima Mensual de la Parte B de Medicare (**Sección H2**)
- Prima de Beneficios Complementarios Opcionales (**Sección H3**)
- Cantidad del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (**Sección H4**)



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser menor.

Hay programas para ayudar a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Estos incluyen el programa “Ayuda Adicional” y los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP). El programa “Ayuda Adicional” ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Si desea más información sobre estos programas, consulte la **Sección H2** del **Capítulo 2**. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si **ya** recibe ayuda de uno de estos programas, **es posible que la información sobre las primas de esta Guía para Miembros no se aplique a su caso**. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para Personas que Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página y pídalo.

Sección H1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan, a menos que califique para el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. No tendrá que pagar una prima mensual del plan (la prima del plan de medicamentos con receta) si califica para el programa “Ayuda Adicional”. Los beneficiarios de Medicare y Medicaid califican automáticamente para el programa “Ayuda Adicional”. Como usted califica para el programa “Ayuda Adicional”, en el año 2026 la prima mensual de nuestro plan es de \$0.

Sección H2 Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Según se explicó anteriormente en la **Sección E**, para cumplir los requisitos de nuestro plan, usted debe mantener su categoría de participación en Medicaid, además de tener tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare. Para la mayoría de los miembros de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare (si no califican para ella automáticamente) y la prima de la Parte B.

Si Medicaid no paga las primas de Medicare por usted, usted debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye la prima de la Parte B de Medicare. Usted también puede pagar una prima de la Parte A de Medicare si no cumple los requisitos para la Parte A de Medicare sin prima. **Además, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de servicios e infórmeles este cambio.**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección H3 Prima de los Beneficios Complementarios Opcionales

Si se inscribió para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios complementarios opcionales”, usted paga una prima adicional cada mes por esos beneficios adicionales. Para obtener información detallada, consulte la **Sección E** del **Capítulo 4**.

Sección H4 Cantidad de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por los medicamentos con receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

El **Capítulo 2** contiene más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

Sección I Esta Guía para Miembros

Esta **Guía para Miembros** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Para pedir una **Guía para Miembros**, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar la **Guía para Miembros** que está en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra al final de la página.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2026 y el 31 de diciembre de 2026.

Sección J Otra información importante que le enviamos

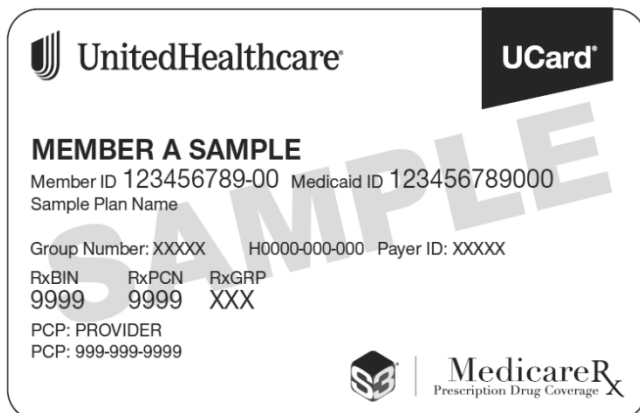
Otra información importante que le proporcionamos incluye su tarjeta de ID de miembro, información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, una lista de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) e información sobre cómo acceder a una **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como **Lista de Medicamentos o Formulario**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección J1 Su Tarjeta de ID de Miembro

En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y de STAR+PLUS, que incluyen Apoyos y Servicios a Largo Plazo, ciertos servicios de salud del comportamiento y medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una tarjeta de ID de miembro de muestra. De aquí en adelante, nos referiremos a ella como su UCard de UnitedHealthcare:



Si su UCard de UnitedHealthcare se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Le enviaremos una nueva tarjeta.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de STAR+PLUS para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su UCard de UnitedHealthcare, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Es posible que le pidan que muestre su tarjeta de Medicare si necesita servicios hospitalarios o servicios de cuidados para enfermos terminales, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también llamados ensayos clínicos). Consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros** para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

Sección J2 Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (una copia impresa o en formato electrónico), puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

página. Las copias impresas del **Directorio de Proveedores y Farmacias** que usted solicite se le enviarán por correo postal en un plazo no mayor de tres días hábiles. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en la dirección web que se encuentra al final de la página.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; y
 - Apoyos y Servicios a Largo Plazo, servicios de salud del comportamiento, agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de STAR+PLUS.

Los proveedores de la red acordaron aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que acordaron surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan le ayude a pagar sus medicamentos.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tanto Servicio al Cliente como nuestro sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

Lista de Equipo Médico Duradero (DME)

Incluimos nuestra Lista de Equipo Médico Duradero con esta **Guía para Miembros**. Esta lista le indica las marcas y los fabricantes del Equipo Médico Duradero que cubrimos. La lista más reciente de marcas, fabricantes y distribuidores también está disponible en nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página. Consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para Miembros** si desea más información sobre el Equipo Médico Duradero.

Sección J3 Lista de Medicamentos Cubiertos

Nuestro plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos **Lista de Medicamentos**. Indica los medicamentos que cubre nuestro plan. Nuestro plan elige los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su **Lista de Medicamentos**, a menos que hayan sido quitados y reemplazados según lo descrito en el **Capítulo 5**. Medicare aprobó la **Lista de Medicamentos** de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).

La **Lista de Medicamentos** también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.

Cada año, le enviaremos información sobre cómo acceder a la **Lista de Medicamentos**, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.

Sección J4 La Explicación de Beneficios

Cuando usted usa sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayuda a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)**.

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos de la Parte D de Medicare y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. Esta Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted puede hablar con el profesional que le receta sobre estas opciones de menor costo. El **Capítulo 6** de esta **Guía para Miembros** ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede pedir una Explicación de Beneficios. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Sección K Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avísenos cuando cambie su información.

Necesitamos esta información para asegurarnos de que nuestros registros tengan datos correctos. Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores dentro de la red de nuestro plan usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son sus costos compartidos. Por esta razón, es muy importante que usted nos ayude a mantener su información actualizada.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Avísenos lo siguiente de inmediato:

- cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales;
- cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito;
- admisión en un centro de enfermería o un hospital;
- cuidado en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios de cuidador (u otro responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Sección K1 Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal. Para obtener más información detallada sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el **Capítulo 8** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 2

Números de teléfono
y recursos importantes

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador de servicios y otras personas para que le defiendan en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Servicio al Cliente.....	18
Sección B	Su Coordinador de Servicios.....	21
Sección C	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP)	22
Sección D	Organización para el Mejoramiento de la Calidad – Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)	23
Sección E	Medicare	24
Sección F	STAR+PLUS	25
Sección G	Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos	26
Sección H	Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de Texas	27
Sección I	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos	28
	Sección I1 Programa Ayuda Adicional de Medicare.....	28
	Sección I2 Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)	29
	Sección I3 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)	29
	Sección I4 El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	29
Sección J	Seguro Social	30
Sección K	Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	31
Sección L	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador	32



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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**.

Sección A Servicio al Cliente

Método	Servicio al Cliente — Información de contacto
Llame al	1-866-944-4983. Esta llamada es gratuita. 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 Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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	En caso de preguntas o inquietudes generales: UnitedHealthcare Community Plan PO Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	es.UHCCommunityPlan.com

Comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda con:

- preguntas sobre el plan
- preguntas sobre reclamos, facturación, información o su UCard de UnitedHealthcare
- decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus servicios cubiertos o
 - lo que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud.
 - Si desea más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.
- apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Si desea más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** o comuníquese con Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- quejas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. Usted también puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la **Sección F**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al **1-866-944-4983**.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Puede presentar una queja sobre su plan STAR+PLUS ante la Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de Texas al 877-787-8999 o por fax al 888-780-8099, o por escrito a:
HHS Office of the Ombudsman
PO Box 13247
Austin, Texas 78711-3247
 - Si desea más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.
- decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus medicamentos cubiertos, o
 - lo que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare.
 - STAR+PLUS pagará medicamentos o productos complementarios para miembros que tienen elegibilidad doble después de que se haya facturado a un seguro comercial o si no hay ningún seguro comercial en los archivos. Estos medicamentos incluyen los medicamentos sin receta, algunos productos que se usan en el alivio sintomático de la tos y los resfríos, y algunas vitaminas y productos minerales con receta.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.
- apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

-
- Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.
 - quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/my/medicare-complaint. O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para pedir ayuda.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.
 - el pago de cuidado de la salud o de medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros**.
 - Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección B Su Coordinador de Servicios

La coordinación de servicios es un servicio que UnitedHealthcare Community Plan le ofrece para ayudarle con su salud y bienestar. Un Coordinador de Servicios revisará sus necesidades de cobertura de cuidado de la salud y planificará para ayudarle a satisfacerlas. Para comunicarse con un Coordinador de Servicios, busque el número de teléfono en su UCard de UnitedHealthcare. También puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-944-4983 (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, para que le ayuden a comunicarse con su Coordinador de Servicios. Nuestra meta es encontrar un Coordinador de Servicios que se adapte bien a sus necesidades; pero, si usted desea cambiar de Coordinador de Servicios, puede llamar a Servicio al Cliente al **1-866-944-4983 (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.

Método	Coordinador de Servicios — Información de contacto
Llame al	1-866-944-4983. Esta llamada es gratuita. 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 Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711. Esta llamada es gratuita. 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	UnitedHealthcare Community Plan P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769

Comuníquese con su coordinador de servicios para recibir ayuda con:

- preguntas sobre el cuidado de su salud
- preguntas sobre cómo recibir servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- preguntas sobre transporte
- preguntas sobre apoyos y servicios a largo plazo
- preguntas sobre cómo acceder a apoyos comunitarios



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983, 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.**

Sección C Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP).

Es un programa estatal independiente (no tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare.

Método	Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) — Información de contacto
Llame al	800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro
TTY	1-512-424-6597
Escriba a	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street, MC: W275 Austin, TX 78751
Correo Electrónico	AAA.help@hhsc.state.tx.us
Sitio web	hhs.texas.gov/es/servicios/salud/medicare

Comuníquese con el Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud para recibir ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre Medicare
- los asesores del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - responder preguntas sobre cómo cambiar de plan,
 - presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud, y
 - resolver problemas con sus facturas.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección D Organización para el Mejoramiento de la Calidad – Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada Acentra. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. Acentra es una organización independiente. No tiene relación con nuestro plan.

Método	ACENTRA – Información de contacto
Llame al	888-315-0636
TTY	711
Escriba a	5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	www.acentraqio.com

Comuníquese con ACENTRA para recibir ayuda con lo siguiente:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- cómo presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado, por ejemplo, recibe un medicamento incorrecto, pruebas o procedimientos innecesarios, o un diagnóstico equivocado,
 - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; o
 - piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de planes Medicare Advantage, incluso con nuestro plan.

Método	Medicare — Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Converse	Tenga una conversación en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone
Escriba a	Medicare PO Box 1270 Lawrence KS 66044
Sitio web	es.medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluso sobre lo que cuestan y los servicios que prestan. • Encuentre médicos u otros proveedores de cuidado de la salud y distribuidores que participan en Medicare. • Sepa qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes, vacunas y visitas de “bienestar” anuales). • Obtenga información y formularios sobre apelaciones de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad del cuidado que prestan los planes, asilos de convalecencia, hospitales, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de cuidados para enfermos



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.

Método	Medicare — Información de contacto
	terminales, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de cuidado a largo plazo. • Busque sitios de Internet y números de teléfono útiles. Para presentar una queja ante Medicare, visite es.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Sección F STAR+PLUS

STAR+PLUS es un programa de cuidado administrado de Texas Medicaid para adultos que tienen discapacidades o son mayores de 65 años, y proporciona cuidado de la salud y apoyos y servicios a largo plazo a través de nuestro plan de salud.

Usted está inscrito en Medicare y en Medicaid. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a Texas Medicaid. Asegúrese de mencionar que está inscrito en un plan STAR+PLUS.

Método	STAR+PLUS — Información de contacto
Llame al	Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas 877-541-7905 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Centro
TTY	711
Escriba a	Texas Health and Human Services P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Sitio web	www.yourtexasbenefits.com



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección G Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos

La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos actúa como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos también le ayuda con problemas de servicio o facturación. No tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Sus servicios son gratuitos.

Método	Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos — Información de contacto
Llame al	877-787-8999 De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro
TTY	1-800-735-2989 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Escriba a	Texas Health and Human Services Office of the Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, TX 78711-3247
Sitio web	www.hhs.texas.gov/es/contactenos/quejas-apelaciones/oficina-del-ombudsman-de-hhs



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección H Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de Texas

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de Texas ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

La Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de Texas no tiene relación con nuestro plan ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo — Información de contacto
Llame al	800-252-2412, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro
TTY	711
Escriba a	HHS Office of the Ombudsman P.O. Box 13247 Austin, Texas 78711-3247
Correo Electrónico	ltc.ombudsman@hhs.texas.gov
Sitio web	https://ltco.texas.gov/



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección I Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos

El sitio web de Medicare (es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, según se describe a continuación.

Sección I1 Programa Ayuda Adicional de Medicare

Dado que cumple los requisitos de Medicaid, usted califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos, y lo está recibiendo. No necesita hacer nada para recibir este programa “Ayuda Adicional”.

Método	Medicare — Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov

Si cree que está pagando una cantidad incorrecta por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso que ayuda a obtener evidencia de su copago correcto. Si usted ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.
- Cuando obtengamos la evidencia que indique el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta. Si paga de más por su copago, le haremos un reembolso, ya sea con cheque o con un crédito de copago futuro. Si usted tiene una deuda con la farmacia porque no le cobraron su copago, es posible que realicemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en nombre de usted, es posible que realicemos el pago directamente al estado. Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección I2 Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP)

Si usted está inscrito en un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos (SPAP), o en cualquier otro programa que proporcione cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare que no sea el programa “Ayuda Adicional”, seguirá recibiendo el 70 por ciento de descuento en medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el cinco por ciento del costo de los medicamentos de marca durante la Etapa Sin Cobertura. El descuento del 70 por ciento y el cinco por ciento pagado por el plan se aplican al precio del medicamento antes de cualquier Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos u otra cobertura.

Sección I3 Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos de dicho programa y que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas.

Nota: Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos (según lo define el estado) y de ser personas no aseguradas o subaseguradas. Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 800-255-1090.

Sección I4 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 funciona con su cobertura de medicamentos actual, 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). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero 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 y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida, para aquellos



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

que califican, es más ventajoso que participar solo en esta opción de pago, sin importar su nivel de ingresos, y los planes con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Si desea más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de la página o visite es.medicare.gov.

Sección J Seguro Social

El Seguro Social determina los requisitos de participación en Medicare y administra las inscripciones en Medicare.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Seguro Social — Información de contacto
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes. Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	www.ssa.gov/espanol/



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección K Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, infórmeles si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Retiro Ferroviario (RRB) — Información de contacto
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario, de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada y obtener información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	www.rrb.gov



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección L Seguro de grupo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de la página si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos vigente con nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus
servicios para el cuidado de la salud y otros
servicios cubiertos

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura del plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le explica sobre su coordinador de servicios, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer si le facturan directamente servicios que cubrimos y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Información sobre servicios y proveedores	37
Sección B	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	37
Sección C	Su coordinador de servicios.....	39
	Sección C1 Qué es un coordinador de servicios	39
	Sección C2 Cómo puede comunicarse con su coordinador de servicios.....	39
	Sección C3 Cómo puede cambiar de coordinador de servicios	39
Sección D	Cuidado de proveedores	40
	Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP).....	40
	Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red	42
	Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan.....	42
	Sección D4 Proveedores fuera de la red	43
Sección E	Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS).....	44
Sección F	Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	45



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección G	Cómo recibir Servicios Dirigidos por el Consumidor	45
Sección G1	El programa Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS) permite a las personas contratar y administrar a personas que prestan sus servicios.....	45
Sección G2	Quién puede recibir Cuidado dirigido por el consumidor (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención).....	46
Sección H	Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT).....	46
Sección H1	Qué son los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia	46
Sección H2	Qué servicios están incluidos	46
Sección H3	Cómo programar los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia.....	47
Sección I	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	48
Sección I1	Cuidado en una emergencia médica.....	48
Sección I2	Cuidado requerido de urgencia	49
Sección I3	Cómo recibir cuidado durante una catástrofe	50
Sección J	Qué sucede si le facturan directamente servicios cubiertos.....	51
Sección J1	Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios	51
Sección K	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	52
Sección K1	Definición de un estudio de investigación clínica.....	52
Sección K2	Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica	52
Sección K3	Más información sobre estudios de investigación clínica.....	53
Sección L	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud	53
Sección L1	Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud	53
Sección L2	Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	53



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección M	Equipo médico duradero (DME).....	54
Sección M1	Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan.....	54
Sección M2	Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original	54
Sección M3	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan	55
Sección M4	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA).....	55



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Información sobre servicios y proveedores

Servicios son cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. **Servicios cubiertos** son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. Los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo cubiertos se indican en el **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**. Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado, y que tienen una licencia del estado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, servicios de salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores han acordado aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago total. Hicimos los arreglos necesarios para que estos proveedores le presten los servicios cubiertos. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, generalmente no paga nada o solo paga su parte del costo por los servicios cubiertos.

Sección B Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS. Esto incluye los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Nuestro plan generalmente pagará los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo que usted reciba cuando cumpla nuestras reglas. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe estar incluido en nuestra Tabla de Beneficios Médicos del **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Cuando decimos médicamente necesario, nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Para recibir servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** de la red que proporcione y supervise su cuidado. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario de la red o nuestro plan deben darle su aprobación para que usted pueda usar un proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
 - Es posible que los proveedores de cuidado primario de nuestro plan estén afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige a su proveedor de cuidado primario, también elige el grupo médico afiliado. Esto significa que su proveedor de cuidado primario le refiere a especialistas y servicios que también están afiliados a su grupo médico. Un grupo médico es un consultorio de un grupo de médicos, una enfermera de práctica avanzada o un grupo de enfermería de práctica avanzada que usted elige para que le preste o coordine sus servicios cubiertos. Los exámenes médicos regulares con su proveedor de cuidado primario son importantes y pueden ayudarle a mantenerse saludable. Su proveedor de cuidado primario le hará exámenes de salud regulares que pueden ayudar a detectar problemas. Detectar y tratar los problemas temprano podría impedir que se agraven más adelante. Su proveedor de cuidado primario será su médico principal de ahora en adelante. Le atenderá y le referirá a un especialista cuando sea necesario. Usted debe hablar con su proveedor de cuidado primario sobre todas sus necesidades de cuidado de la salud.
 - No necesita referencias de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red** (para obtener más información, consulte la **Sección D** de este capítulo). Habitualmente, no cubriremos el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
 - Si necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Es posible que se requiera una autorización antes de buscar cuidado. En esta situación, cubrimos el cuidado como si usted lo hubiera recibido de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener una aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4** de este capítulo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. El costo compartido que usted paga por la diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido de Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe servicios de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede ser mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor dentro de la red que suele prestarle los servicios de diálisis no está a su disposición temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro de nuestra área de servicio, pero de un proveedor fuera de la red, el costo compartido por la diálisis puede ser mayor. Si es posible, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a hacer los arreglos necesarios para que le hagan diálisis de mantenimiento mientras esté lejos.

Mientras usted sea miembro de nuestro plan de Punto de Servicio (Point of Service, POS), puede usar proveedores dentro o fuera de la red para recibir servicios dentales de rutina cubiertos.

Sección C Su coordinador de servicios

Sección C1 Qué es un coordinador de servicios

Un coordinador de servicios es una persona capacitada que trabaja para nuestro plan para prestarle servicios de coordinación del cuidado de la salud.

Sección C2 Cómo puede comunicarse con su coordinador de servicios

Para hablar con su Coordinador de Servicios, busque el número de teléfono en su UCard de UnitedHealthcare. Usted también puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para que le ayuden a comunicarse con su Coordinador de Servicios.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.

Sección C3 Cómo puede cambiar de coordinador de servicios

Nuestra meta es encontrar un Coordinador de Servicios que se adapte bien a sus necesidades; pero, si desea cambiar de Coordinador de Servicios, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección D Cuidado de proveedores

Sección D1 Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario para que proporcione y administre su cuidado. Los proveedores de cuidado primario de nuestro plan están afiliados a grupos médicos. Cuando usted elige a su proveedor de cuidado primario, también elige el grupo médico afiliado.

Definición de proveedor de cuidado primario y lo que hace este proveedor por usted

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico, un consultorio de un grupo de médicos, una enfermera de práctica avanzada o un grupo de enfermería de práctica avanzada de la red con licencia que usted elige para que le preste o coordine sus servicios cubiertos. Los exámenes médicos regulares con su proveedor de cuidado primario son importantes y pueden ayudarle a mantenerse saludable. Su proveedor de cuidado primario le hará exámenes de salud regulares que pueden ayudar a detectar problemas. Detectar y tratar los problemas temprano podría impedir que se agraven más adelante. Su proveedor de cuidado primario será su médico principal de ahora en adelante. Le atenderá y le referirá a un especialista cuando sea necesario. Usted debe hablar con su proveedor de cuidado primario sobre todas sus necesidades de cuidado de la salud.

Siempre hable con su proveedor de cuidado primario cuando desee visitar a otro médico. Su proveedor de cuidado primario le dará un formulario de referencia si usted necesita uno. Su relación con su proveedor de cuidado primario es importante. Conozca a su proveedor de cuidado primario lo antes posible. Es importante que siga los consejos de su proveedor de cuidado primario. Una buena manera de entablar una relación con su proveedor de cuidado primario es llamarle y programar un examen médico. Así, podrá conocerle y este conocerá su historial médico, los medicamentos que usted está tomando y cualquier otro problema de salud.

El rol de su proveedor de cuidado primario

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina, de la coordinación de todos los servicios cubiertos que se le presten, de mantener un registro médico central de usted y de garantizar la continuidad del cuidado de la salud. Si necesita una cita con un especialista de la red o con otro proveedor de la red que no sea su proveedor de cuidado primario, debe obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario.

Su elección de proveedor de cuidado primario

Si desea usar un especialista o un hospital en particular, pregunte si está afiliado al grupo médico de su proveedor de cuidado primario. Puede consultar el **Directorio de Proveedores y**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Farmacias o pedir a Servicio al Cliente que pregunte si el proveedor de cuidado primario que desea hace referencias a ese especialista o usa ese hospital.

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Si su proveedor de cuidado primario deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar uno nuevo dentro de nuestra red.

Si usted desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente. Los cambios de proveedor de cuidado primario que se realicen durante el primer mes de membresía comenzarán en la fecha que usted lo pidió. Si usted solicita un cambio de proveedor de cuidado primario después del primer mes de membresía, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Usted recibirá una nueva UCard de UnitedHealthcare que incluirá el nombre y el número de teléfono de su nuevo proveedor de cuidado primario.

Es posible que los proveedores de cuidado primario de nuestro plan estén afiliados a grupos médicos. Si usted cambia de proveedor de cuidado primario, también podría cambiar de grupo médico. Cuando solicite un cambio, avise a Servicio al Cliente si usa un especialista o recibe otros servicios cubiertos que deben tener la aprobación de su proveedor de cuidado primario. Servicio al Cliente le ayuda a continuar con su cuidado especializado y otros servicios cuando usted cambia de proveedor de cuidado primario.

Servicios que puede recibir sin la aprobación de su proveedor de cuidado primario

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referencia**. Usted puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su proveedor de cuidado primario:

- Servicios para emergencias de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Servicios cubiertos requeridos de urgencia que requieran atención médica inmediata (pero no una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, por cuestiones de tiempo, lugar y circunstancias, recibir este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios requeridos de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas o intensificaciones inesperadas de enfermedades existentes. Las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias (como los exámenes médicos anuales) no se consideran requeridas de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red no esté disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté lejos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Vacunas antigripales y vacunas contra la COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina para el cuidado de la salud de la mujer y para la planificación familiar. Esto incluye exámenes de seno, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede usar estos proveedores sin una referencia.

Sección D2 Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas, tales como:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

Cuando usted y su proveedor de cuidado primario determinen que usted debe consultar a otro médico (especialista), su proveedor le recomendará a alguien para que usted consulte. Usted necesitará una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de servicios de salud mental o de salud del comportamiento de la red. Su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red para su enfermedad, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le pedimos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario y a su Coordinador de Servicios. Ayudaremos al equipo de preautorización a obtener toda aprobación necesaria para sus servicios o medicamentos cubiertos.

Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición dentro de su red. O bien, puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en Internet en el sitio web que se indica en el **Capítulo 2** de esta guía.

Sección D3 Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted use deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene estos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de servicios de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted visitó a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le visitó en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo tratamiento o terapias médicamente necesarios. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo cuidado.
- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que podría tener para cambiar de plan.
- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas. Es posible que se requiera una preautorización.
- Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a elegir un nuevo proveedor para administrar su cuidado.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), una queja formal sobre la calidad del cuidado o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)

Sección D4 Proveedores fuera de la red

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o en STAR+PLUS.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en STAR+PLUS.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

UHC Dual Complete® cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y Texas Medicaid. Esto incluye los servicios de salud del comportamiento y los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS).

UHC Dual Complete® generalmente pagará los servicios y el cuidado de la salud que usted reciba si sigue las reglas del plan. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- **El cuidado que usted reciba debe ser un beneficio del plan.** Esto significa que debe estar incluido en la Tabla de Beneficios del plan. (La tabla se encuentra en el **Capítulo 4** de esta guía).
- **El cuidado debe ser médicamente necesario.** Médicamente necesario significa razonable y necesario para prevenir o tratar enfermedades, problemas de salud o discapacidades. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un asilo de convalecencia. También significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.
- **Usted debe tener un proveedor de cuidado primario (PCP) de la red que le haya indicado el cuidado o le haya dicho que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.**
 - En la mayoría de los casos, nuestro plan debe darle su aprobación para que usted pueda usar a alguien que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red del plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene aprobación, es posible que UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) no cubra los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Si desea más información sobre las referencias, consulte los **Capítulos 3 y 4**.
 - No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario.
 - **Nota:** En los primeros 90 días a partir de su inscripción en nuestro plan, usted puede seguir usando sus proveedores actuales, sin costo, si no forman parte de nuestra red. Durante los 90 días, nuestro Coordinador de Servicios se comunicará con usted para ayudarle a buscar proveedores dentro de nuestra red. Después de los 90 días, dejaremos de cubrir su cuidado si usted sigue usando proveedores fuera de la red.
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Por lo general, el plan no cubrirá el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con el plan de salud. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - El plan cubre el cuidado de emergencia o requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Si desea más información y saber qué significa cuidado de emergencia o requerido de urgencia, consulte la **Sección I**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 necesita cuidado que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Hable con su Coordinador de Servicios para obtener una aprobación antes de recibir ese cuidado. En esta situación, cubriremos el cuidado como si usted lo hubiera recibido de un proveedor de la red. Si desea información sobre cómo obtener una aprobación para usar un proveedor fuera de la red, consulte la **Sección D4**.
- El plan cubre servicios de diálisis renal cuando usted se encuentra fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o no esté accesible momentáneamente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare.
- Cuando se inscriba por primera vez en el plan, podrá seguir usando los proveedores que usa actualmente durante al menos 90 días.

Sección F Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

Cubrimos los servicios de salud del comportamiento médicamente necesarios. Si usted tiene un problema de drogas o está muy perturbado por algo, puede recibir ayuda. Llame al **1-800-690-1606**, TTY **711**, para recibir ayuda. No necesita una referencia para estos servicios.

Habrán personas que pueden hablar con usted en inglés o en español. Si necesita ayuda en otros idiomas, dígalos. Servicio al Cliente le comunicará con la Línea Telefónica de Idiomas y responderá sus preguntas. Si tiene limitaciones auditivas, llame al TTY **711**.

Si se trata de una crisis y tiene dificultades con la línea telefónica, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana y llame a UHC Dual Complete® en un plazo no mayor de 24 horas.

Sección G Cómo recibir Servicios Dirigidos por el Consumidor

Sección G1 El programa Servicios Dirigidos por el Consumidor (CDS) permite a las personas contratar y administrar a personas que prestan sus servicios

El cuidado dirigido por el consumidor reconoce que la persona tiene conocimiento de sus propias necesidades de cuidado y que es capaz y responsable de su propio cuidado; y pone énfasis en el cambio ambiental y la calidad de vida. El cuidado dirigido por el consumidor pone énfasis en la capacidad que usted, como consumidor, tiene de hacer lo siguiente:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Defender sus propias necesidades
- Tomar decisiones sobre qué servicios satisfacerían mejor esas necesidades
- Supervisar la calidad de esos servicios

Sección G2 Quién puede recibir Cuidado dirigido por el consumidor (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención)

Puede visitar el sitio web del programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor en www.hhs.texas.gov/providers/long-term-care-providers/consumer-directed-services-cds. Allí puede leer más sobre la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor. También puede ver una lista de agencias de servicios dirigidos por el consumidor y comunicarse con ellas para saber más sobre la opción de Servicios Dirigidos por el Consumidor y cómo funciona.

Sección H Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia (NEMT)

Para obtener más información sobre las limitaciones de los beneficios, consulte el **Capítulo 4**.

Sección H1 Qué son los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia

Los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia proporcionan transporte hacia citas de cuidado de la salud que no sean de emergencia si usted no tiene otras opciones de transporte.

- Estos viajes incluyen aquellos para ir al médico, al dentista, al hospital, a la farmacia y a otros lugares en los que recibe servicios para el cuidado de la salud.
- Estos viajes **no** incluyen viajes en ambulancia.

Sección H2 Qué servicios están incluidos

Los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia incluyen:

- Pases o boletos de transporte, por ejemplo, de transporte público dentro y entre ciudades o estados (incluso en tren o en autobús).
- Servicios de transporte en aerolínea comercial.
- Servicios de transporte a pedido (acera a acera) en autobuses, camionetas o sedanes (incluidos los vehículos con acceso para sillas de ruedas, si es necesario).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Reembolso del costo del millaje para un participante de transporte individual (individual transportation participant, ITP) por un viaje realizado verificado para recibir un servicio cubierto para el cuidado de la salud. El participante de transporte individual puede ser usted, un tercero responsable, un familiar, un amigo o un vecino.
- Costos de transporte de su asistente de Transporte Médico que No Es de Emergencia si usted necesita uno para que le acompañe a su cita. Un asistente de Transporte Médico que No Es de Emergencia es:
 - Un adulto que le proporcione la ayuda personal o con la movilidad o el idioma que sea necesaria durante el transporte. (Por ejemplo, puede ser un adulto que actúe como su asistente personal.)
 - Un animal de servicio que le proporcione la ayuda personal o con la movilidad que sea necesaria durante el transporte y que ocupe un asiento que de lo contrario ocuparía otra persona.
 - Un adulto que viaje con usted porque un proveedor de cuidado de la salud ha indicado por escrito que usted requiere un asistente.

Sección H3 Cómo programar los Servicios de Transporte Médico que No Es de Emergencia

Recuerde programar los viajes lo antes posible y **al menos dos días hábiles antes de que los necesite**. Puede programar viajes con menos anticipación en ciertos casos, que incluyen:

- Pasarle a buscar después de un alta del hospital.
- Viajes a la farmacia para obtener medicamentos o suministros médicos aprobados.
- Viajes por problemas urgentes. (Un problema urgente es un problema de salud que no es una emergencia, pero que es lo suficientemente grave o doloroso como para requerir tratamiento en un plazo no mayor de 24 horas.)

Programe los viajes de larga distancia con al menos cinco días de anticipación.

Si tiene un viaje programado y su cita de cuidado de la salud se cancela **antes** del viaje, comuníquese inmediatamente con SafeRide al 888-617-0382, TTY 711, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección I Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe

Sección I1 Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas como dolor grave, lesión grave o una enfermedad que empeora rápidamente. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- un riesgo grave para su vida y, si está embarazada, la pérdida de un feto; o
- la pérdida de o un daño grave en las funciones corporales; o
- la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad; o
- en el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:
 - No haya suficiente tiempo para trasladarle de forma segura a otro hospital antes del parto.
 - Un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario que use un proveedor de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia cubierto siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, aunque no forme parte de nuestra red.
- **En cuanto sea posible, avísenos de su emergencia.** Realizamos un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página para avisarnos de su cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo no mayor de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios para emergencias si se demora en avisarnos.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en que llegar a la sala de emergencias por cualquier otro medio podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Si desea más información, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su caso se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

Cuando usted recibe cuidado de emergencia en los Estados Unidos, después de que haya pasado la emergencia, usted tiene derecho a recibir cuidado médico de seguimiento para asegurarse de que su caso siga siendo estable. Sus médicos seguirán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para el cuidado adicional. Nuestro plan cubrirá su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red sigan con su cuidado en cuanto su enfermedad y las circunstancias lo permitan.

Cuando recibe cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos conforme al beneficio de emergencia en todo el mundo, solo los servicios médicos directamente relacionados con la emergencia médica inmediata están cubiertos mientras usted permanece en un país extranjero. El cuidado médico de seguimiento recibido fuera de los Estados Unidos después de la estabilización de su caso generalmente no está cubierto, aunque el cuidado esté relacionado con la emergencia original. La cobertura se limita a los servicios para emergencias requeridos para estabilizar su caso. A fin de cumplir los requisitos para la cobertura, todo cuidado recibido después de la estabilización debe ocurrir dentro de los Estados Unidos.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando sea razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su cuidado.

Sin embargo, una vez que el médico dice que no era una emergencia, cubrimos su cuidado adicional solamente si:

- Usted usa un proveedor de la red o
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirlo. Consulte la próxima sección.

Sección I2 Cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de un problema existente o una enfermedad o lesión imprevista.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Cuidado requerido de urgencia dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- Usted recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, por cuestiones de tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Puede encontrar una lista de los Centros de Cuidado de Urgencia contratados en el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, o llamar a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de esta página. Si no sabe si debe ir a un centro de cuidado de urgencia, puede llamar a nuestros servicios de NurseLine disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-877-839-5407 (TTY 711), y nuestro Representante de NurseLine le ayudará. No se olvide de informarle a su proveedor de cuidado primario sobre cualquier visita a un centro de cuidado de urgencia. De esta manera, su proveedor de cuidado primario puede ayudar a coordinar el cuidado de su salud.

Cuidado requerido de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor que sean médicamente necesarias, como los exámenes médicos anuales, no se consideran requeridas de urgencia, aunque usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias: servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

Sección I3 Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe declarada, visite nuestro sitio web que se encuentra al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red a la tarifa de costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.

Sección J Qué sucede si le facturan directamente servicios cubiertos

Si usted pagó más que el costo compartido de su plan por servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros** para saber qué puede hacer.

No debe pagar la factura. Si lo hace, no podremos hacerle un reembolso.

Sección J1 Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios

Si usted cree que deberíamos reembolsarle el costo de beneficios cubiertos por Texas Medicaid que ya pagó, llame a Servicio al Cliente para pedir ayuda.

Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que se encuentren en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**), **y**
- que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

Si recibe servicios que no cubre nuestro plan, **usted paga de su bolsillo el costo total**.

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** explica qué puede hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le explica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente si desea más información sobre sus derechos de apelación.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, paga el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección K Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

Sección K1 Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio. Si participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su cuidado (no relacionado con el estudio) a través de nuestro plan.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, **no** tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. **No** es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations-coverage with evidence development, NCD-CED) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE). Estos beneficios también podrían estar sujetos a preautorización y otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos avise antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros por Medicare Original, les recomendamos a usted o a su coordinador de servicios que se comuniquen con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

Sección K2 Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- el tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 participa en un estudio que Medicare **no ha** aprobado, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

Sección K3 Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([medicare.gov/publications/02226-s-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](https://www.medicare.gov/publications/02226-s-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección L Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Sección L1 Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

Sección L2 Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es todo cuidado o tratamiento que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es todo cuidado o tratamiento que no es **voluntario y que se requiere** según la ley federal, estatal o local.

Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- Nuestro plan solamente cubre los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Usted debe tener una enfermedad que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
- Debe obtener nuestra aprobación antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía **no** tendrá cobertura.

Usted tiene cobertura para un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en la Tabla de beneficios médicos del **Capítulo 4**.

Sección M Equipo médico duradero (DME)

Sección M1 Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El Equipo Médico Duradero incluye ciertos artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es el propietario de algunos artículos de Equipo Médico Duradero, como las prótesis.

Otros tipos de Equipo Médico Duradero se deben alquilar. Como miembro de nuestro plan, usted **no** adquirirá la propiedad de los artículos de Equipo Médico Duradero alquilados, sin importar cuánto tiempo los alquile.

En algunas situaciones limitadas, le transferimos la propiedad de un artículo de Equipo Médico Duradero. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de la página.

Aunque haya tenido el Equipo Médico Duradero hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** adquirirá la propiedad del equipo.

Sección M2 Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de Equipo Médico Duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de Equipo Médico Duradero para adquirir su propiedad.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de Equipo Médico Duradero si:

- no adquirió la propiedad del artículo de Equipo Médico Duradero mientras estaba en nuestro plan, **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de Equipo Médico Duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de Equipo Médico Duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones

Sección M3 Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare, cubrimos:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

Sección M4 Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su distribuidor debe proporcionar:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- equipo de oxígeno y suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años:**

- Su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- Su distribuidor luego proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su nuevo plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 4

Tabla de beneficios

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan, las restricciones a esos servicios o los límites en estos, y cuánto paga usted por cada servicio. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Sus servicios cubiertos y los gastos de su bolsillo.....	59
Sección B	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios	59
Sección C	Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan	59
Sección D	La Tabla de Beneficios de nuestro plan	62
	Sección D1 Nuestros servicios a domicilio y en la comunidad.....	116
Sección E	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan	126
Sección F	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS ni Medicaid de Tarifa por Servicio.....	127



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Sus servicios cubiertos y los gastos de su bolsillo

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan y cuánto paga usted por cada servicio. También puede saber qué servicios no están cubiertos. En el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos. Este capítulo también explica los límites en algunos servicios.

Por algunos servicios, le cobran un gasto de su bolsillo llamado copago. Es una cantidad fija (por ejemplo, \$5) que usted paga cada vez que recibe ese servicio. Usted paga un copago en el momento en que recibe el servicio médico.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de esta página.

Sección B Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente.

Sección C Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios describe los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y STAR+PLUS según las reglas establecidas por Medicare y STAR+PLUS.
- Los servicios (incluido el cuidado médico, los servicios de salud del comportamiento y para el consumo de sustancias, los apoyos y servicios a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Para los nuevos miembros, durante los primeros 90 días no le podemos exigir que obtenga una preaprobación para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que sea cuidado de emergencia o requerido de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. En el **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros**, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado de la salud que proporciona y administra su cuidado. En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario debe darle su aprobación para que usted pueda usar un proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama referencia. El **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros** tiene más información sobre cómo obtener una referencia y cuándo no necesita una.
- Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (prior authorization, PA). En la Tabla de Beneficios, marcamos en cursiva los servicios cubiertos que necesitan una preautorización.
- Si su plan aprueba una solicitud de preautorización para un tratamiento, la aprobación debe estar vigente durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en el cuidado según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.

Información Importante sobre Beneficios para Miembros con Ciertas Enfermedades Crónicas.

Si tiene alguna de las enfermedades crónicas que se indican a continuación y cumple ciertos criterios médicos, puede cumplir los requisitos para recibir beneficios adicionales o costos compartidos reducidos:

- Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2)
- Enfermedades cardiovasculares
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica)
- Hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico)
- Trastornos autoinmunitarios
- Cáncer



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD)
- Enfermedad gastrointestinal crónica
- Enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes
- Demencia
- VIH/SIDA
- Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores
- Miastenia grave/trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/neuropatía inflamatoria y tóxica
- Trastornos neurológicos
- Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- Cuidado posterior al trasplante de órganos
- Trastornos hematológicos graves
- Derrame cerebral
- Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo
- Enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares

Los artículos cubiertos incluyen:

- Alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más.
- Facturas de servicios públicos aprobadas, como de electricidad, calefacción del hogar (por ejemplo, gas natural), agua e Internet doméstico. La dirección de los servicios debe coincidir con una dirección suya que tengamos registrada.

Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet. El envío a domicilio es gratuito y hay un mínimo de \$35 para realizar un pedido. Se pueden aplicar impuestos.

Visite el UCard Hub si desea más información sobre cómo usar su beneficio, consultar su saldo, buscar productos cubiertos, localizar tiendas participantes y mucho más.

Todos los servicios preventivos cubiertos por Medicare son gratuitos. Esta manzana 🍏 muestra los servicios preventivos de la Tabla de Beneficios.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección D La Tabla de Beneficios de nuestro plan

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal Pagamos una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. Nuestro plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.	\$0
Acupuntura Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como: - persistente por 12 semanas o más; - no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); - no asociado con una cirugía; y - no asociado con el embarazo. Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año. Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora. Por lo general, los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare no están cubiertos cuando los presta un acupunturista o un quiropráctico. Requisitos para Proveedores: Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización. Se requiere una referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Acupuntura (continuación) Los asistentes médicos (PA), las enfermeras especialistas (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la Sección 1861[aa][5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el District of Columbia. El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica requerido por nuestras normas en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR). Los servicios de acupuntura prestados por proveedores que no cumplen los requisitos de proveedores de acupuntura de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid no están cubiertos incluso en sitios donde no hay proveedores a su disposición que cumplan los requisitos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.	
 Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol Pagamos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol, incluidas las mujeres embarazadas. Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona cada año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado en un centro de cuidado primario.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle. Su caso debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su salud o su vida. Para otros casos (que no sean de emergencia), nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia. En casos que no sean de emergencia, es posible que paguemos una ambulancia. Su caso debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud. Fuera de los Estados Unidos, nuestro beneficio de emergencias en todo el mundo cubre el transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano dentro del país extranjero. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura, independientemente de que ese transporte se realice en ambulancia o mediante algún otro método de transporte. Por lo general, usted pagará el costo total de cualquier servicio de ambulancia en situaciones de emergencia recibido fuera de los Estados Unidos en el momento en que reciba los servicios y luego deberá solicitarnos un reembolso. Las solicitudes de pago que recibamos de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos por servicios que usted recibió fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.	\$0 de copago por cada viaje en transporte terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. \$0 de copago por cada viaje en transporte aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.
Examen médico de rutina anual Incluye un examen médico completo y la evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. Se pueden aplicar costos compartidos adicionales a cualquier análisis de laboratorio o prueba de diagnóstico que se realice durante su visita, según se describe en cada servicio por separado en esta Tabla de Beneficios Médicos. No es necesario que las visitas para realizar el Examen Médico de Rutina Anual se programen con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una visita por cada año calendario.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Visita de bienestar anual Usted puede recibir un examen médico anual. En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta visita una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en un plazo de 12 meses después de su visita Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para realizar visitas de bienestar anuales.	\$0
Servicios de salud del comportamiento El plan pagará los siguientes servicios: • administración de casos de salud mental dirigida a grupos específicos • servicios de rehabilitación de salud mental – cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios de salud del comportamiento prestados por: • un psiquiatra o un médico con licencia del estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un asesor profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera especialista (NP) • un asistente médico (PA) • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Medición de masa ósea Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea. Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos la interpretación de los resultados por parte de un médico.	\$0
 Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Pagamos los siguientes servicios: • una mamografía basal entre los 35 y 39 años • una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años en adelante • exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses	\$0
Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón) Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la referencia de un médico. También cubrimos programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización. Se requiere una referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca) Pagamos una visita al año o más si son médicamente necesarias con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarle a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede: • analizar el uso de aspirina, • controlarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien.	\$0
 Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas) Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.	\$0
 Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina Pagamos los siguientes servicios: • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para las mujeres que están en alto riesgo de cáncer del cuello uterino o de la vagina: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres que han tenido un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses • para las mujeres que han tenido un resultado anormal de una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses	\$0
Servicios quiroprácticos Pagamos los siguientes servicios: • ajustes de la columna vertebral para corregir desviaciones • Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare.	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, incluidos los servicios para el manejo del dolor crónico y el plan de tratamiento 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. Este beneficio continúa en la página siguiente.	Por su plan mensual de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario o a los servicios de un médico especialista (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”) según el tipo de proveedor que desarrolló su plan. Es posible que se requiera una referencia. Por cualquier cuidado recomendado en su plan, usted pagará el costo compartido correspondiente. Los servicios recomendados en los planes de manejo del dolor crónico pueden incluir (entre otros) servicios para el cuidado primario, servicios de un médico especialista, fisioterapia, terapia ocupacional, análisis de laboratorio o pruebas de diagnóstico, o medicamentos con receta (según lo descrito



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de administración del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, incluidos los servicios para el manejo del dolor crónico y el plan de tratamiento (continuación)	en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico”, “Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios”, “Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios”, o “Medicamentos de la Parte B de Medicare”, o consulte el Capítulo 6 para saber lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D correspondientes). Es posible que se requiera una referencia.
 Examen de detección de cáncer colorrectal El plan pagará los siguientes servicios: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años en adelante que no estén en alto riesgo de cáncer colorrectal está cubierta cuando hayan transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser una colonoscopia de diagnóstico como paciente ambulatorio.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación) detección. Para pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes de 45 años en adelante. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo. • Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento realizado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que el examen de detección.	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios dentales Ciertos servicios dentales, incluidas las limpiezas, los empastes dentales y las dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de Texas Medicaid. Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales antes de un trasplante de órganos.	\$0 de copago por los servicios dentales cubiertos por Medicare. \$2,500 de asignación dental para servicios cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, radiografías y coronas. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
 Evaluación de depresión Pagamos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	\$0
 Pruebas de detección de la diabetes Pagamos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes. Usted podría calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina): • Suministros para medir la glucosa en la sangre, incluidos los siguientes: – un medidor de glucosa en la sangre – tiras para medir la glucosa en la sangre – lanceteros y lancetas – soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los medidores y las tiras para medir la glucosa – Puede obtener ciertos medidores continuos de glucosa (CGM) en su farmacia, y todos están disponibles de un proveedor de Equipo Médico Duradero al mismo costo. Si tiene diabetes Tipo 1, no necesita una preautorización. Para la diabetes Tipo 2 y otras enfermedades, usted necesitará una preautorización para los medidores continuos de glucosa de un proveedor de Equipo Médico Duradero. Las preautorizaciones para medidores continuos de glucosa y suministros se aprueban por 12 meses. O puede obtener ciertos medidores continuos de glucosa en una farmacia sin preautorización si su historial de reclamos incluye insulina o cualquier tipo de pieza del dispositivo medidor continuo de glucosa (por ejemplo, sensores, transmisores). – Para obtener información detallada sobre los requisitos de medidores continuos de glucosa de Medicare, visite es.medicare.gov/coverage/therapeutic-continuous-glucose-monitors. • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, pagamos lo siguiente: – un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas), así como el ajuste y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario,  – un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por cada año (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con los zapatos) Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 por cada medidor continuo de glucosa (CGM) y suministros cubiertos por Medicare con una preautorización aprobada. No hay limitaciones de marcas para los medidores continuos de glucosa. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red. \$0 de copago por cada medidor de glucosa en la sangre (BGM) cubierto por Medicare.^{††} Para los medidores de glucosa en la sangre, solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas. 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.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarle a manejar la diabetes. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta en ciertos casos. Se limita a 20 visitas de 30 minutos por cada año por un máximo de 10 horas el año inicial. Para los años subsiguientes de capacitación de seguimiento, se limita a 4 visitas de 30 minutos por un máximo de 2 horas por cada año. Cubrimos los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa de esta lista. Generalmente, no cubrimos otras marcas, a menos que su proveedor nos diga que es médicamente necesario. Si es nuevo en el plan y está usando una marca que no aparece en nuestra lista, puede solicitar un suministro temporal dentro de los primeros 90 días de inscripción mientras habla con su proveedor, quien puede ayudarle a decidir si alguna de las marcas preferidas puede surtirle efecto. Si usted o su proveedor piensan que es médicamente necesario que usted siga usando una marca diferente, puede solicitar una excepción de cobertura para que esté cubierta durante el resto del año del plan. Después de los primeros 90 días de inscripción, los productos no preferidos solo estarán cubiertos con una excepción aprobada. Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto apropiado para su enfermedad. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9.)	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados En el Capítulo 12 de esta Guía para Miembros, puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero (DME)”. Cubrimos los siguientes artículos: • sillas de ruedas • muletas • sistemas de colchones motorizados • suministros para la diabetes • camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio • bombas de infusión intravenosa (IV) y portasueros • dispositivos para la generación del habla • equipo de oxígeno y suministros • nebulizadores • andadores • bastón de cuatro patas o mango curvo estándar, y suministros de repuesto • tracción cervical (sobre la puerta) • estimulador óseo • equipo para el cuidado de diálisis Es posible que haya otros artículos cubiertos. Pagamos todos los Equipos Médicos Duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y Medicaid. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización. Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 de copago cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización. Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses. Si pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno antes de inscribirse en nuestro plan, su costo compartido en nuestro plan es de \$0 de copago. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Con esta Guía para Miembros, le enviamos la lista del Equipo Médico Duradero de nuestro plan. La lista le indica las marcas y los fabricantes del Equipo Médico Duradero que pagamos. También puede encontrar la lista más reciente de marcas, fabricantes y distribuidores en nuestro sitio web que se encuentra al final de esta página. Por lo general, nuestro plan cubre cualquier Equipo Médico Duradero cubierto por Medicare y STAR+PLUS de las marcas y los fabricantes de esta lista. No cubrimos otras marcas y fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que usted necesita la marca. Si es nuevo en nuestro plan y usa una marca de Equipo Médico Duradero que no esté en nuestra lista, seguiremos pagando esta marca para usted durante un máximo de 90 días. Durante este período, hable con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada para usted después del período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que le refiera para obtener una segunda opinión.) Si usted (o su médico) no está de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, usted o su médico pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su médico sobre la marca o el producto apropiado para su enfermedad. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9 de esta Guía para Miembros.	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de emergencia Cuidado de emergencia significa servicios que son: • prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, y • necesarios para evaluar o tratar una emergencia médica. Una emergencia médica es una enfermedad o lesión, dolor grave o enfermedad que empeora rápidamente. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia: • un riesgo grave para su vida o la de su feto; o • un daño grave en las funciones corporales; o • la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: – No haya suficiente tiempo para trasladarle de forma segura a otro hospital antes del parto. – Un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto. Cobertura mundial para servicios prestados en departamentos de emergencias fuera de los Estados Unidos. • Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. • Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. • Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. • Las tarifas de acceso a proveedores, las tarifas de citas y las tarifas administrativas no tienen cobertura. • Generalmente, usted pagará el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos en el Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe trasladarse a un hospital de la red para que se siga pagando su cuidado. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir su cuidado como paciente hospitalizado solamente si nuestro plan aprueba su estadía. Fuera de los Estados Unidos: \$0 de copago por la cobertura mundial para servicios para emergencias fuera de los Estados Unidos. En la mayoría de los casos, usted pagará por adelantado al proveedor extranjero por el servicio y solicitará el reembolso. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales para emergencias, consulte el Capítulo 7.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de emergencia (continuación) momento de recibirlos y luego nos solicitará el reembolso. Las solicitudes de pago que recibamos de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos de servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.	
 Programa de acondicionamiento físico Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: • Membresía gratuita en gimnasios en las sedes principales • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet • Actividades en Internet para ejercitar la memoria Consulte el Capítulo 11 para conocer los términos y condiciones de cobertura del programa de acondicionamiento físico. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	\$0 Si usted vive a 15 millas o más de un gimnasio o centro de acondicionamiento físico de la red, tiene disponible un kit para hacer ejercicios con entrega a domicilio. La cobertura se limita únicamente a sitios dentro de la red.
Servicios para la planificación familiar La ley le permite elegir cualquier proveedor —ya sea un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red— para recibir ciertos servicios para la planificación familiar. Esto significa cualquier médico, clínica, hospital, farmacia o consultorio de planificación familiar. Pagamos los siguientes servicios: • examen y tratamiento médico para la planificación familiar • análisis de laboratorio y de diagnóstico para la planificación familiar • métodos de planificación familiar (anticonceptivos intrauterinos [AIU]/dispositivos intrauterinos [DIU], implantes, inyecciones, píldoras anticonceptivas, parche o anillo) • suministros para la planificación familiar con receta (condón, esponja, espuma, lámina, diafragma, capuchón) Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para la planificación familiar (continuación) - asesoramiento y diagnóstico de infertilidad, y servicios relacionados - asesoramiento, pruebas de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (STI) - asesoramiento y pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y de otras enfermedades relacionadas con el VIH - anticonceptivos permanentes (Usted debe tener 21 años en adelante para elegir este método de planificación familiar. Debe firmar un formulario federal de consentimiento para la esterilización al menos 30 días, pero no más de 180 días antes de la fecha de la cirugía.) - asesoramiento genético También pagamos algunos otros servicios para la planificación familiar. Sin embargo, usted debe usar un proveedor dentro de nuestra red de proveedores para los siguientes servicios: - tratamiento para enfermedades que causan infertilidad (Este servicio no incluye métodos artificiales para quedar embarazada.) - tratamiento del SIDA y de otras enfermedades relacionadas con el VIH - pruebas genéticas	
 Programas de educación sobre la salud y el bienestar Estos programas se centran en problemas de salud como presión arterial alta, colesterol, asma y dietas especiales. Los programas diseñados para enriquecer la salud y los estilos de vida de los miembros incluyen el control del peso, el acondicionamiento físico y el manejo del estrés.	\$0
Servicios para la audición Una vez por cada año, pagamos los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para la Audición — Aparatos Auditivos A través de UnitedHealthcare Hearing, usted puede elegir entre una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y con receta. Esto incluye los fabricantes de dispositivos de marca, así como Relate®, la marca propia de UnitedHealthcare Hearing que ofrece aparatos auditivos económicos y de alta calidad con una variedad de opciones de tecnología y características útiles. Los aparatos auditivos se pueden ajustar en persona con un proveedor de la red o se le pueden entregar directamente a usted (solo productos selectos). Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada 2 años. Hay accesorios, baterías adicionales y servicios opcionales para aparatos auditivos disponibles para comprar, pero no están cubiertos por el plan. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa. Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.	\$0 Proveedor: UnitedHealthcare Hearing La asignación para aparatos auditivos es de \$2,200 Comuníquese con UnitedHealthcare Hearing para acceder a su beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red. Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar tarifas adicionales por las visitas de seguimiento opcionales. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solo productos selectos). Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección del VIH Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que: • piden una prueba de detección del VIH, o • están en mayor riesgo de infección por el VIH. Si está embarazada, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.	\$0
Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio Antes de que usted pueda recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe decirnos que usted los necesita, y los debe prestar una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (Para que estén cubiertos conforme al beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por cada día y de 35 horas por cada semana.) • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios médicos y sociales • equipo y suministros médicos	\$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización. Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados para ver los copagos o coseguros correspondientes). Se requiere una referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión a domicilio Nuestro plan paga la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente: • el medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • un equipo, como una bomba; y • suministros, como tubos o un catéter. Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros: • servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado; • capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de Equipo Médico Duradero; • monitoreo remoto; y • servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio. Este beneficio continúa en la página siguiente	Usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios para el cuidado primario, a los servicios de un médico especialista o a la asistencia médica a domicilio (según lo descrito en “Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico” o “Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio”) según el lugar en que recibió los servicios de monitoreo o de administración. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización. Es posible que se requiera una referencia. Consulte “Equipo médico duradero” anteriormente en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los equipos y suministros relacionados con la terapia de infusión a domicilio. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de infusión a domicilio (continuación)	Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” más adelante en esta tabla para ver los costos compartidos correspondientes a los medicamentos relacionados con la terapia de infusión a domicilio. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización.
Cuidados para enfermos terminales Usted tiene derecho a elegir cuidados para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidados para enfermos terminales determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a buscar programas de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos los programas que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés económico. Su médico de cuidados para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen: • medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • relevo del cuidador a corto plazo • cuidado a domicilio Este beneficio continúa en la página siguiente	Cuando se inscribe en un programa de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare, Medicare Original paga sus servicios de cuidados para enfermos terminales y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal, no UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidados para enfermos terminales (continuación) Los servicios de cuidados para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare: • Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados para enfermos terminales sus servicios de cuidados para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A o la Parte B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras usted esté en el programa de centros de cuidados para enfermos terminales, su proveedor de cuidados para enfermos terminales facturará a Medicare Original los servicios que paga Medicare Original. Por servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare: • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de nuestro plan por estos servicios. Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan: • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de esta Guía para Miembros. Nota: Si usted necesita cuidados que no son para enfermos terminales, llame a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados que no son para enfermos terminales son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados para enfermos terminales (por única vez) para miembros que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados para enfermos terminales.	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Vacunas Pagamos los siguientes servicios: • vacunas contra la pulmonía • vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • vacunas contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • vacunas contra la COVID-19 • otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare Pagamos otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Si desea más información, consulte el Capítulo 6 de esta Guía para Miembros.	\$0 No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B o la COVID-19. No hay coseguro, copago ni deducible por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado. Pagamos los siguientes servicios y otros médicamente necesarios que no se encuentran aquí: • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería regulares • costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • medicamentos y principios activos • análisis de laboratorio Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización. <i>Se requiere una referencia.</i> Si recibe cuidado como paciente hospitalizado autorizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su problema de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) • radiografías y otros servicios de radiología • suministros quirúrgicos y médicos necesarios • aparatos, como sillas de ruedas • servicios de quirófano y de sala de recuperación • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • sangre, incluso su almacenamiento y administración • servicios de un médico • en algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios para trasplantes localmente o en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad. Si nuestro plan presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en nuestra comunidad y usted decide realizarse su trasplante allí, hacemos los arreglos necesarios o pagamos los costos de viaje y alojamiento para usted y un acompañante. Este beneficio continúa en la página siguiente	No se aplican los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital. Usted debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de la estabilización de su emergencia. Un traslado a otro tipo de centro (por ejemplo, un Hospital de Rehabilitación para Pacientes Hospitalizados o un Hospital de Cuidado a Largo Plazo) se considera una nueva admisión. Por cada estadía en el hospital como paciente hospitalizado, usted tiene cobertura por un número ilimitado de días siempre



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación) El plan tiene una red de centros que realizan trasplantes de órganos. La red de hospitales del plan que prestan servicios para trasplantes de órganos es diferente de la red que se encuentra en la sección “Hospitales” de su directorio de proveedores. Algunos hospitales dentro de la red del plan que prestan otros servicios médicos no están dentro de la red del plan de servicios para trasplantes. Para obtener información sobre los centros de la red que prestan servicios para trasplantes, comuníquese con Servicio al Cliente. Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada Beneficios Hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	y cuando la estadía en el hospital esté cubierta según las reglas del plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Pagamos los servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital para miembros menores de 21 años o de 65 años en adelante. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general. Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias	\$0 de copago por hasta 90 días por cada período de beneficios, más 60 días adicionales de reserva de por vida. Su proveedor podría tener que solicitar una preautorización. Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Estadía como paciente hospitalizado: Servicios cubiertos en un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) durante una estadía como paciente hospitalizado sin cobertura No pagamos su estadía como paciente hospitalizado si la estadía no es razonable y médicamente necesaria. Sin embargo, en ciertas situaciones en las que el cuidado como paciente hospitalizado no está cubierto, es posible que paguemos los servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o en un centro de enfermería. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • servicios de médicos • pruebas de diagnóstico, como los análisis de laboratorio • radioterapia con rayos x y radioisótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • vendajes quirúrgicos • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • prótesis y ortesis, que no sean dentales, incluido el reemplazo o la reparación de tales dispositivos. Estos son dispositivos que reemplazan de manera total o parcial: – un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido circundante), o – la función de un órgano interno del cuerpo que no funciona o que funciona mal. • aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; cinturones quirúrgicos; y piernas, brazos y ojos artificiales. Esto incluye los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a rotura, desgaste, pérdida o un cambio en su estado de salud. • fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional	\$0 Cuando su estadía deje de estar cubierta, estos servicios se cubrirán según se describe en las siguientes secciones: Consulte a continuación la sección Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico. Consulte a continuación la sección Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. Consulte a continuación la sección Prótesis y ortesis y suministros relacionados. Consulte a continuación la sección Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal Pagamos los siguientes servicios: • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3 de esta Guía para Miembros, o cuando su proveedor para este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua. La Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos de la Parte B de Medicare” en esta tabla.	\$0 Es posible que se requiera una referencia. Es posible que se requiera una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted: • tiene entre 50 y 77 años, y • realiza una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • fumó al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años Después del primer examen de detección, nuestro plan paga otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado. Si un proveedor elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar exámenes de detección de cáncer de pulmón, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.	\$0
 Terapia de nutrición clínica Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico. Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios. Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por cada año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la indicación cada año si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Nuestro plan paga los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare para las personas que cumplen los requisitos. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en: • cambio dietario a largo plazo, y • mayor actividad física, y • estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	\$0
Medicamentos de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos: • medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que nuestro plan autorizó • el medicamento contra la enfermedad de Alzheimer, Leqembi® (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV) • factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • trasplante/medicamentos inmunodepresores: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunodepresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Es posible que se requiera una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está reclusa en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento • algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se convierte en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí • medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo no mayor de 48 horas después de la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare • medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato conforme al sistema de pago para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar • ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, que incluyen la heparina, el antídoto de la heparina (cuando sea médicamente necesario) y los anestésicos tópicos Este beneficio continúa en la página siguiente	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) - agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) - inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria - nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) - Medicamentos para quimioterapia y su administración También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare. El Capítulo 5 de esta Guía para Miembros explica nuestro beneficio de medicamentos. Y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. El Capítulo 6 de esta Guía para Miembros explica lo que usted paga por sus medicamentos a través de nuestro plan.	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Transporte de rutina Información detallada de este beneficio: • Hasta 36 viajes en una sola dirección tienen cobertura cada año (limitados únicamente a transporte terrestre). • Usted es responsable de cualquier costo que exceda el límite de viajes. • Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como proveedores, centros médicos, farmacias, gimnasios o citas relacionadas con la vista y la audición de la red. • Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 50 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. • Los servicios de transporte se deben solicitar 2 días hábiles antes de una cita de rutina programada. • Se permite un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años). • En algunos viajes, es posible que usted tenga que compartir el vehículo con otros clientes del transporte. • Los viajes son de acera a acera. • Hay camionetas con acceso para sillas de ruedas disponibles, si se solicita. • Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. Este beneficio no cubre el transporte en: • Camilla • Ambulancia Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en un hospital. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes: • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.) • sangre, incluso su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de enfermería • análisis de laboratorio que generalmente se realizan en los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que generalmente se realizan en los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • servicios de un médico/profesional • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • beneficios de servicios para la vista • exámenes de audición • cuidado quiropráctico • servicios de podiatría Este beneficio continúa en la página siguiente	Es posible que se requiera una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería (continuación) Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan: • un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital.	
 Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarlo a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.	\$0
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides (OTP) Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD) a través del programa de tratamiento relacionado con opioides que incluye los siguientes servicios: • actividades de admisión • evaluaciones periódicas • medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos • asesoramiento relacionado con el consumo de sustancias • terapia individual y de grupo • pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas)	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios Pagamos los siguientes servicios y otros médicamente necesarios que no se encuentran aquí: • radiografías • radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluso su almacenamiento y administración • pruebas de diagnóstico que no son de laboratorio, como tomografías computarizadas (CT), imágenes por resonancia magnética (MRI), electrocardiogramas (EKG) y tomografías por emisión de positrones (PET) cuando su médico u otro proveedor de cuidado de la salud las indica para tratar una enfermedad • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta. Los servicios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital. Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios (continuación) Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare llamada Beneficios Hospitalarios de Medicare. Esta hoja informativa está disponible en es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios – Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. – A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. – Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa: es.medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y pruebas de diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación) Si se trata de un medicamento que se administra mediante infusión, usted pagará el costo compartido según lo descrito en “Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla de beneficios. Además, por la administración de medicamentos para terapia de infusión, usted pagará el costo compartido que se aplica a los servicios de un proveedor de cuidado primario, a los servicios de un especialista o a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según lo descrito en “Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o “Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos. Consulte la sección Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare y la sección Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico o la sección Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria. Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación como Paciente Ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debería consultar al personal del hospital. También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare – ¡Pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://medicare.gov/sites/default/files/2024-03/11435-S%20Medicare-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia.
Servicios para trastornos por consumo de sustancias como paciente ambulatorio Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • terapia individual o de grupo a cargo de un profesional clínico calificado • desintoxicación de casos subagudos en un programa residencial para adicciones • servicios para la adicción al alcohol o a las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento con naltrexone (Vivitrol) de liberación prolongada	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
Cirugía para pacientes ambulatorios Pagamos servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria. Nota: Si va a realizarse una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si usted será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio.	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su UCard cada mes para comprar artículos de venta sin receta cubiertos. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes. Los artículos cubiertos incluyen productos genéricos y de marca de venta sin receta, como vitaminas, analgésicos, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y productos de primeros auxilios. El crédito no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol. Dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño Usted también puede usar su crédito para productos de venta sin receta en dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño que tengan cobertura, como alfombras de baño, barras de agarre y sillas para la ducha. Equipo de acondicionamiento físico Puede usar su crédito para productos de venta sin receta en equipos de acondicionamiento físico cubiertos, como colchonetas y máquinas para hacer ejercicio o pesas de mano, y dispositivos portátiles o que registran sus actividades físicas. Servicios de apoyo También puede usar su crédito para productos de venta sin receta en servicios de apoyo a domicilio cubiertos, como relevo del cuidador, cuidado no especializado a domicilio y servicios para el control del peso. Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (SSBCI) Si califica, los alimentos saludables y los servicios públicos se incluirán como parte de su crédito para productos de venta sin receta que vence mensualmente. Sus requisitos de participación para alimentos saludables y servicios públicos se determinan después de que se inscriba en este plan. Para calificar, usted debe tener al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: Este beneficio continúa en la página siguiente	El crédito mensual es de \$185 Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) (continuación) • Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) • Enfermedades cardiovasculares • Insuficiencia cardíaca crónica • Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica) • Hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico) • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (SUD) • Enfermedad gastrointestinal crónica • Enfermedad renal crónica (CKD) • Trastornos pulmonares crónicos • Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes • Demencia • VIH/SIDA • Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores • Miastenia grave/trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/neuropatía inflamatoria y tóxica • Trastornos neurológicos • Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico • Cuidado posterior al trasplante de órganos • Trastornos hematológicos graves • Derrame cerebral • Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo • Enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares Los artículos cubiertos incluyen: • Alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más. Este beneficio continúa en la página siguiente	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Crédito para productos de venta sin receta (OTC) (continuación) Facturas de servicios públicos aprobadas, como de electricidad, calefacción del hogar (por ejemplo, gas natural), agua e Internet doméstico. La dirección de los servicios debe coincidir con una dirección suya que tengamos registrada. Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet. El envío a domicilio es gratuito y hay un mínimo de \$35 para realizar un pedido. Se pueden aplicar impuestos. Visite el UCard Hub si desea más información sobre cómo usar su beneficio, consultar su saldo, buscar productos cubiertos, localizar tiendas participantes y mucho más.	
Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Es ofrecido como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario que es más intenso que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico, su terapeuta, su terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o su asesor profesional con licencia. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital. El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural que es de mayor intensidad que el cuidado que usted recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia o asesor profesional con licencia, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial. Nota: Dado que no hay centros de salud mental comunitarios dentro de nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solamente como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un asistente para el cuidado personal El plan cubre la asistencia personal con las actividades de la vida diaria. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • asearse • comer • bañarse • vestirse e higiene personal • tareas para la vida funcional/ayuda con la planificación • preparar comidas • transporte o ayuda para conseguir transporte • ayuda con la deambulación y la movilidad • refuerzo de apoyo conductual o actividades de terapias especializadas; y • ayuda con medicamentos Estos servicios pueden ser autodirigidos si usted lo prefiere. Esta opción permite que usted o su representante legalmente autorizado sea el empleador de algunos de sus proveedores de servicios y que dirija la prestación de los servicios del programa.	\$0
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico Pagamos los siguientes servicios: • servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como: • el consultorio de un médico • un centro de cirugía ambulatoria certificado • el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) • exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento • ciertos servicios de telesalud, que incluyen Servicios Requeridos de Urgencia, Servicios de un Médico de Atención Primaria, Servicios de un Especialista Médico, Sesiones Individuales para Servicios Especializados de Salud Mental, Sesiones Individuales para Servicios Psiquiátricos y Sesiones Individuales para Abuso de Sustancias para Pacientes Ambulatorios. – Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para miembros en ciertas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare. • servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral • servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: – Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación) – Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por clínicas de salud rurales y centros de cuidado de la salud aprobados a nivel federal. • consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si – usted no es un paciente nuevo y – la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envió a su médico, e interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: – usted no es un paciente nuevo y – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía • Servicios de control en el consultorio de un médico o un centro hospitalario para pacientes ambulatorios si usted está tomando anticoagulantes, por ejemplo, Coumadin, Heparin o Warfarin (a estos servicios también se les puede llamar servicios de la “Clínica de Coumadin”).	



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Servicios de podiatría Pagamos los siguientes servicios: • 6 visitas por cada año • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos) • cuidado de los pies de rutina para miembros con enfermedades que afectan a las piernas, como la diabetes	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia.
 Profilaxis preexposición (PrEP) para la prevención del VIH Si usted no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de cuidado de la salud determinan que usted corre un riesgo mayor de tener VIH, cubrimos los medicamentos para la profilaxis preexposición (PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para la profilaxis preexposición orales o inyectables aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Si está recibiendo un medicamento inyectable, también cubrimos la tarifa por la inyección del medicamento. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (que incluyen la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y el cumplimiento terapéutico) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una prueba de detección del virus de la hepatitis B por única vez.	\$0
 Exámenes de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses: • un tacto rectal • una prueba de antígeno prostático específico (PSA)	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Prótesis y ortesis y suministros relacionados Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluyen, entre otros: • prueba, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y ortesis • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • aparatos ortopédicos • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) Pagamos algunos suministros relacionados con las prótesis y ortesis. También pagamos la reparación o el reemplazo de las prótesis y ortesis. Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte la sección “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla.	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia.
Servicios de rehabilitación pulmonar Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. Usted debe tener una referencia para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Prueba de detección de la infección por el Virus de la Hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su médico de cuidado primario u otro proveedor de cuidado de la salud calificado indica una y usted cumple una de las siguientes condiciones: • Usted está en alto riesgo porque usa o ha usado drogas inyectables ilícitas. • Le realizaron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera que esté en alto riesgo, pagamos una prueba de detección una sola vez. Si está en alto riesgo (por ejemplo, ha seguido usando drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de la hepatitis C negativa anterior), cubrimos pruebas de detección anuales.	\$0
 Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo. También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones se deben realizar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) En el Capítulo 12 puede encontrar una definición de cuidado en un centro de enfermería especializada. Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí: • habitación semiprivada, o habitación privada si es médicamente necesaria • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería especializada • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, incluso su almacenamiento y administración – El plan pagará la sangre entera y los concentrados de glóbulos rojos a partir de la cuarta pinta de sangre que usted necesite. Usted debe pagar las tres primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario o autodonarse la sangre o pedirle a alguien que se la done. – El plan pagará todos los demás componentes de la sangre a partir de la primera pinta usada. • suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería especializada • análisis de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería especializada • radiografías y otros servicios de radiología que se realizan en los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • servicios de un médico/proveedor Este beneficio continúa en la página siguiente	\$0 Es posible que se requiera una preautorización/referencia. Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare. Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada) después de que haya terminado un período de



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación) No se requieren 3 días de estadía previa en el hospital. Por lo general, usted recibe cuidado en centros de enfermería especializada de la red. En ciertos casos, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan: • un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital	beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado.
 Tratamiento del tabaquismo Si usted usa tabaco, no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco, y desea o necesita dejarlo: • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar el tabaco incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento en persona. Si usted usa tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco: • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Terapia de ejercicios supervisada (SET) Pagamos la terapia de ejercicios supervisada para miembros que tienen arteriopatía periférica (PAD) sintomática y que cuentan con una referencia del médico responsable del tratamiento de esa enfermedad. Nuestro plan paga: • hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisada • unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias El programa de terapia de ejercicios supervisada debe: • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación) • ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado requerido de urgencia El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar: • una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • un problema que necesita cuidado inmediatamente. Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, por cuestiones de hora, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable recibir este servicio de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para un problema imprevisto, pero que no es una emergencia médica). Cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos y sus territorios, el plan cubre el transporte de emergencia a un centro médico cercano dentro del país extranjero. Cobertura mundial de “servicios requeridos de urgencia” cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, una lesión o un problema que usted no esperaba ni anticipaba, y usted no puede esperar hasta regresar al área de servicio de nuestro plan para obtener servicios. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. Los servicios médicos prestados fuera del país no están cubiertos por Medicaid.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
 Cuidado de la vista Pagamos servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos. Por ejemplo, tratamiento para degeneración macular relacionada con la edad. Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, pagamos un examen de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen: • personas con historial familiar de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos • hispanos estadounidenses Para personas diabéticas, pagamos el examen de detección de la retinopatía diabética una vez por cada año. Pagamos un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas cuando el médico inserte un lente intraocular. Si le realizan dos cirugías de cataratas por separado, usted debe obtener un par de anteojos después de cada cirugía. No puede obtener dos pares de anteojos después de la segunda cirugía, aunque no haya obtenido un par de anteojos después de la primera cirugía. Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar según lo definido por Medicare; las mejoras no están cubiertas (incluidos, entre otros, los marcos de lujo, los lentes de colores, los lentes progresivos o el revestimiento antirreflectante).	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
Cuidado de la Vista — Examen de la Vista de Rutina 1 examen de la vista de rutina (refracción ocular) cada año La refracción ocular es parte del beneficio del examen de la vista de rutina. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	\$0 Proveedor: MARCH® Vision
Cuidado de la Vista — Artículos para la Vista de Rutina • 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto cada año Usted es responsable de toda cantidad que exceda el crédito del plan para artículos para la vista. Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en myUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.	\$0 Proveedor: MARCH® Vision El plan paga hasta \$200 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto.
 Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye: • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), y • referencias para recibir otro cuidado, si lo necesita. Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección D1 Nuestros servicios a domicilio y en la comunidad

Además de estos servicios generales, nuestro plan también cubre servicios a domicilio y en la comunidad. Estos son los servicios que tal vez pueda usar en lugar de ir a un centro. Para recibir algunos de estos servicios, usted tendrá que calificar para el programa de exención de servicios a domicilio y en la comunidad (el Programa de Exención STAR+PLUS). Su Coordinador de Servicios colaborará con usted para decidir si estos servicios son adecuados para usted y si se incluirán en su Plan de Cuidado.

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Artículos de adaptación y suministros médicos El plan cubre los siguientes dispositivos, controles, aparatos o artículos que son necesarios para satisfacer sus necesidades específicas, incluidos aquellos necesarios para el soporte vital, hasta un límite de \$10,000 por cada año. Es posible que el plan pague lo siguiente si es médica o funcionalmente necesario, y tal vez otros artículos/servicios que no se encuentren aquí: • ascensores, incluidos los elevadores para vehículos • aparatos para facilitar la movilidad • dispositivos de posicionamiento • interruptores de control/interruptores y dispositivos neumáticos • unidades de control ambiental • suministros médicamente necesarios • aparatos para facilitar la comunicación (incluidas las baterías) • equipo modificado/de adaptación para actividades de la vida diaria • restricciones y dispositivos de seguridad Los administradores de casos pueden ayudarle a obtener suministros o equipos médicos.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Cuidado temporal para adultos El plan cubre servicios de vivienda en un hogar de cuidado temporal las 24 horas si usted tiene limitaciones físicas, mentales o emocionales, o si no es capaz de seguir desenvolviéndose de forma independiente en su propio domicilio. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • preparación de comidas • limpieza de la casa • cuidado personal • tareas de enfermería • supervisión • servicios de compañía • asistencia para la vida diaria • transporte	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Servicios en vivienda asistida El plan cubre servicios de vivienda las 24 horas para usted si no puede vivir de forma independiente en su propio domicilio. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • Hogar para huéspedes/cuidado de compañía que le proporcione: – asistencia personal – tareas para la vida funcional – supervisión de su seguridad – actividades de habilitación • Vivienda supervisada que le proporcione: – asistencia personal – tareas para la vida funcional – supervisión de su seguridad – actividades de habilitación • Servicios de apoyo residencial que le proporcionen: – asistencia personal – tareas para la vida funcional	\$0
Terapia de rehabilitación cognitiva El plan cubre servicios que le ayudan a aprender o volver a aprender habilidades cognitivas. Estas habilidades se podrían haber perdido o alterado como resultado del daño de neuronas o sustancias químicas del cerebro.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Servicios de habilitación diurna - Estos servicios le ayudan a obtener, retener o mejorar las destrezas necesarias para vivir satisfactoriamente en el domicilio o en lugares en la comunidad. - Promueven la independencia, la elección personal y el logro de los resultados identificados en su plan de servicios.	\$0
Servicios dentales El plan cubre los siguientes servicios para ayudarle a preservar los dientes y satisfacer sus necesidades médicas, hasta \$5,000 por cada año. Si se requieren los servicios de un cirujano bucal, usted puede obtener \$5,000 adicionales por cada año. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: - tratamiento dental de emergencia - tratamiento dental preventivo - tratamiento dental terapéutico (restauración, mantenimiento, etc.) - tratamiento dental de ortodoncia	\$0
Servicios de respuesta ante emergencias El plan cubre servicios de respuesta ante emergencias para usted mediante un sistema electrónico de monitoreo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. En una situación de emergencia, puede presionar un botón de llamada para pedir ayuda.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Asistencia laboral Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • identificación de sus preferencias de empleo, destrezas para el trabajo, así como requisitos del lugar de trabajo y condiciones laborales • localización de posibles empleadores que ofrezcan empleo compatible con sus preferencias, destrezas y requisitos identificados • comunicación con un posible empleador en nombre de usted y negociación de su empleo • transporte • participación en reuniones para la planificación de servicios en equipo	\$0
Servicios de tareas para la vida funcional Estos servicios le ayudan con lo siguiente: • planificación y preparación de comidas • transporte o ayuda para conseguir transporte • ayuda con la deambulación y la movilidad • refuerzo de apoyo conductual o actividades de terapias especializadas • ayuda con medicamentos	\$0
Comidas entregadas a su domicilio El plan cubre comidas nutritivas calientes que se le sirven en su domicilio. Las comidas se limitan a 1 o 2 por cada día.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Modificaciones menores en el domicilio El plan cubre modificaciones menores en el domicilio para proteger su salud, bienestar y seguridad, así como para permitirle desenvolverse con mayor independencia en su domicilio. El plan cubrirá hasta \$7,500 durante su vida y también cubrirá hasta \$300 por cada año para reparaciones. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • instalación de rampas y barras de sujeción • ensanchamiento de las entradas • modificaciones de la cocina y el baño, y • otras adaptaciones de accesibilidad especializadas	\$0
Servicios de enfermería El plan cubre el tratamiento y la supervisión de sus enfermedades, especialmente si usted tiene enfermedades crónicas que requieren tareas de enfermería específicas.	\$0
Terapia ocupacional El plan cubre la terapia ocupacional para usted, que proporciona evaluación y tratamiento a cargo de un terapeuta ocupacional con licencia. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • pruebas de detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación con aparatos de adaptación y dispositivos para aumentar la comunicación • consulta con otros proveedores de servicios y familiares, y la capacitación de estos • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Servicios de asistencia personal El plan cubre la asistencia personal con las actividades de la vida diaria. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • asearse • comer • bañarse • vestirse e higiene personal • tareas para la vida funcional/ayuda con la planificación • preparar comidas • transporte o ayuda para conseguir transporte • ayuda con la deambulación y la movilidad • refuerzo de apoyo conductual o actividades de terapias especializadas; y • ayuda con medicamentos	\$0
Fisioterapia El plan cubre fisioterapia, evaluaciones y tratamientos a cargo de un fisioterapeuta con licencia. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • pruebas de detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos • intervención terapéutica directa • asistencia y capacitación con aparatos de adaptación/dispositivos para aumentar la comunicación • consulta con otros proveedores de servicios y familiares, y la capacitación de estos • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Relevo del cuidador Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, hasta 30 visitas por cada año, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • asistencia personal • actividades de habilitación • actividades comunitarias • actividades recreativas • supervisión de su seguridad • desarrollo de comportamientos socialmente valiosos • desarrollo de habilidades para la vida diaria Se ofrece relevo del cuidador para garantizar su comodidad, salud y seguridad. Este servicio se puede prestar en los siguientes sitios: en su domicilio o en el lugar donde vive; en un hogar de cuidado temporal para adultos; en un centro de enfermería certificado por Texas Medicaid; y en una residencia de vivienda asistida.	\$0
Terapia del lenguaje, del habla y de la audición Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • pruebas de detección y evaluación • desarrollo de planes de tratamiento terapéuticos • intervención terapéutica directa • asistencia/capacitación con aparatos de adaptación y dispositivos para aumentar la comunicación • consulta con otros proveedores de servicios y familiares, y la capacitación de estos • participación en el equipo de planificación de servicios, cuando corresponda	\$0 Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Consulta de apoyo El plan cubre una consulta de apoyo opcional a cargo de un asesor de apoyo certificado elegido. Este asesor le ayudará a aprender y cumplir las responsabilidades de empleador. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • reclutar, seleccionar y contratar trabajadores • preparar descripciones de los trabajos • verificar los requisitos y la formación necesaria para el empleo, así como otros documentos requeridos para emplear a una persona • administrar a los trabajadores • otras destrezas profesionales que sean necesarias	\$0
Apoyo laboral El plan cubre el apoyo laboral, que se le proporciona a usted en su lugar de trabajo si: • necesita los servicios de apoyo para mantener el empleo debido a una discapacidad; • recibe un salario mínimo (o más) por el trabajo que realiza; y • su lugar de trabajo es competitivo e integrado. El plan también cubre el transporte desde y hacia su lugar de trabajo, así como la supervisión y capacitación que reciba aparte de la que un empleador proporcionaría habitualmente.	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Los servicios en la comunidad que cubre nuestro plan	Lo que usted paga
Servicios de asistencia de transición El plan cubre una transición de un centro de enfermería a un domicilio en la comunidad, hasta un límite de \$2,500. Es posible que el plan pague los siguientes servicios si son médica o funcionalmente necesarios, y tal vez otros que no se encuentren aquí: • pago de depósitos de garantías requeridos para alquilar un departamento o una casa • tarifas de instalación o depósitos para habilitar los servicios públicos de la vivienda, entre ellos, teléfono, electricidad, gas y agua • compra de muebles y artículos esenciales para el departamento o la casa, entre ellos, mesa, sillas, persianas, utensilios para comer, artículos para preparar comidas y ropa blanca de baño • pago de gastos de mudanza necesarios para mudarse u ocupar el departamento o la casa; y • pago de servicios para proteger su salud en el departamento o la casa, como erradicación de plagas, control de alérgenos o una limpieza por única vez antes de la ocupación de la vivienda	\$0



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o de Tarifa por Servicio. Usted tiene derecho a elegir cuidados para enfermos terminales si su proveedor y el director médico del centro de cuidados para enfermos terminales determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centro de cuidados para enfermos terminales certificado por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare. Estos programas proporcionan a los miembros y sus familias cuidados paliativos y de apoyo para satisfacer las necesidades especiales que surjan de las dificultades físicas, psicológicas, espirituales, sociales y económicas que se presentan durante las etapas finales de una enfermedad y durante la muerte y el duelo. Su médico de cuidados para enfermos terminales puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios de la Sección D de este capítulo para obtener más información sobre lo que pagamos mientras usted recibe servicios de cuidados para enfermos terminales.

Los servicios de cuidados para enfermos terminales y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor de cuidados para enfermos terminales facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios de cuidados para enfermos terminales y cualquier servicio de la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal:

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de UHC Dual Complete:

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5.

Nota: Si usted necesita cuidados que no son para enfermos terminales, debe llamar a su Coordinador de Servicios para coordinar los servicios. Los cuidados que no son para enfermos terminales son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal. Puede comunicarse con su Coordinador de Servicios al número de teléfono que se encuentra en el Capítulo 2 o puede llamar a Servicio al Cliente al número de teléfono que aparece al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección F Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare, STAR+PLUS ni Medicaid de Tarifa por Servicio

Esta sección explica los beneficios que están excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y Medicaid tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ningún caso, y otros que excluimos solamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Guía para Miembros**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- servicios que no se consideren “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y de STAR+PLUS, a menos que los indiquemos como servicios cubiertos
- tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y Medicare lo pague
- habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- enfermeras de práctica privada
- artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio
- cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar
- servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, desempeño deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, pagamos la



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico

- cuidado quiropráctico, excepto la manipulación manual de la columna vertebral según las pautas de cobertura
- cuidado de los pies de rutina, excepto según lo descrito en la sección Servicios de podiatría de la Tabla de Beneficios de la Sección D
- zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyan en el costo del aparato ortopédico, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético
- dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
- exámenes de audición regulares, aparatos auditivos o exámenes para ajustar aparatos auditivos
- queratotomía radial, cirugía LASIK y otros artículos para la baja visión
- reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales)
- servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA). Sin embargo, cuando un veterano reciba servicios para emergencias en un hospital del Departamento de Asuntos de los Veteranos y el costo compartido según este Departamento sea mayor que el costo compartido conforme a nuestro plan, reembolsaremos la diferencia al veterano. Usted sigue siendo responsable de sus costos compartidos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos para
pacientes ambulatorios

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o por pedido por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por STAR+PLUS. El **Capítulo 6** de esta **Guía para Miembros** indica lo que usted paga por estos medicamentos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Generalmente, incluyen medicamentos que le administran mientras usted está en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Si desea más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección D**, “Si está en un programa de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare”, del **Capítulo 5**.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Habitualmente, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

Un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le dio una referencia para que usted reciba cuidado.

El profesional que receta **no** debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Generalmente, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (consulte la **Sección A1** para obtener más información) o puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

Su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** de nuestro plan. Para abreviar, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”. (Consulte la **Sección B** de este capítulo.)

- Si no está en la **Lista de Medicamentos**, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.

Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Es posible que el profesional que receta pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Su medicamento podría requerir la aprobación de nuestro plan según ciertos criterios antes de que lo cubramos. (Consulte la **Sección C** de este capítulo.)

Índice

Sección A	Cómo surtir sus recetas	133
Sección A1	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	133
Sección A2	Cómo usar su UCard de UnitedHealthcare cuando surte una receta	133
Sección A3	Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red	133
Sección A4	Qué puede hacer si su farmacia deja la red	134
Sección A5	Uso de una farmacia especializada	134
Sección A6	Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	135
Sección A7	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	137
Sección A8	Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan	137
Sección A9	Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta	138
Sección B	La Lista de Medicamentos de nuestro plan	139
Sección B1	Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos	139



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección B2	Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos	140
Sección B3	Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos	140
Sección B4	Niveles de costo compartido de la Lista de Medicamentos	141
Sección C	Límites en algunos medicamentos	142
Sección D	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	145
Sección D1	Cómo obtener un suministro temporal	146
Sección D2	Cómo pedir un suministro temporal	147
Sección D3	Cómo solicitar una excepción	147
Sección E	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	148
Sección F	Cobertura de medicamentos en casos especiales	151
Sección F1	En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan	151
Sección F2	En un centro de cuidado a largo plazo	151
Sección F3	En un programa de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare	152
Sección G	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos ...	152
Sección G1	Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura	152
Sección G2	Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	153
Sección G3	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides	154



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Cómo surtir sus recetas

Sección A1 Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acordó surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red. (Consulte la **Sección A8** para obtener información sobre cuándo cubrimos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red.)

Para buscar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

Sección A2 Cómo usar su UCard de UnitedHealthcare cuando surte una receta

Para surtir su receta, **muestre su UCard de UnitedHealthcare** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura nuestra parte del costo de su medicamento cubierto. Usted podría tener que pagar un copago a la farmacia cuando pase a retirar su medicamento con receta.

Si no tiene consigo su UCard de UnitedHealthcare cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o que consulte su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo. Luego puede pedirnos que le hagamos un reembolso de nuestra parte del costo. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicio al Cliente.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de servicios.

Sección A3 Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red

Si cambia de farmacia y necesita un resurtido de una receta, puede pedir a su farmacia que transfiera la receta a la nueva farmacia si le quedan resurtidos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de servicios.

Sección A4 Qué puede hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, usted tiene que buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de servicios.

Sección A5 Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.) Para buscar una farmacia especializada, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A6 Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan. Generalmente, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo son aquellos que usted toma con regularidad debido a una enfermedad crónica o a largo plazo.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro de hasta 100 días. Un suministro de 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegan en un plazo no mayor de 10 días hábiles. Sin embargo, a veces su pedido por correo se podría demorar. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos:

Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico o proveedor que llame para autorizar una nueva receta. O bien, su farmacia puede llamar al consultorio médico por usted. Su farmacia puede llamar al Servicio de ayuda para farmacias al **1-877-889-6510** (TTY) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo.

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de usted y le entrega los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

Una vez que la farmacia recibe una receta de un proveedor de cuidado de la salud, se comunica con usted para saber si usted desea que el medicamento se surta inmediatamente o más adelante.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite interrumpir o posponer el pedido antes de que se lo facturen y envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para indicarles lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

3. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entrega los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de nuestro plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento si llama a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea y no se comunicaron con usted para saber si lo deseaba antes de enviarlo, es posible que cumpla los requisitos para recibir un reembolso.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o posponer el pedido antes de que se lo facturen y envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comuniquen con usted para indicarles lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Si no desea recibir entregas automáticas de medicamentos de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

4. Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo

Para los resurtidos de sus medicamentos, usted también tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzaremos a procesar su próximo



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

resurtido automáticamente cuando nuestros registros indiquen que se le debería estar por acabar su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento.
- Si decide no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, comuníquese con su farmacia 10 días hábiles antes de que se le acabe su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que automáticamente prepara los resurtidos de pedidos por correo, llame a Servicio al Cliente para comunicarse con nosotros.

Llame a Servicio al Cliente para indicar a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted para que esta pueda confirmar su pedido antes de hacer el envío.

Sección A7 Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Un suministro de 31 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, usted también puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente.

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

Sección A8 Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, primero consulte su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Pagamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los Estados Unidos solamente en los siguientes casos:

- Medicamentos con receta para una Emergencia Médica

Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestra **Lista de Medicamentos**. Se seguirán aplicando las restricciones que correspondan.

- Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio

Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia con servicio de medicamentos por correo de nuestra red o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.

- Si está viajando dentro de los Estados Unidos o sus territorios y se enferma, se queda sin medicamentos con receta o los pierde, cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red si usted sigue todas las demás reglas de cobertura.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.
- Los medicamentos con receta surtidos fuera de los Estados Unidos no están cubiertos.

Sección A9 Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total, en lugar de un copago, cuando obtenga su medicamento con receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Quizás sea necesario que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Si desea más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección B La Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”.

Elegimos los medicamentos de la **Lista de Medicamentos** con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** también indica las reglas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

Sección B1 Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra **Lista de Medicamentos** incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos con receta y sin receta (over-the-counter, OTC) cubiertos por STAR+PLUS.

Es posible que ciertos medicamentos estén cubiertos para algunas enfermedades, pero se consideren excluidos del formulario para otras enfermedades. Estos medicamentos se identificarán en nuestra **Lista de Medicamentos** y en es.Medicare.gov, junto con la enfermedad específica que cubren.

Nuestra **Lista de Medicamentos** incluye medicamentos genéricos, medicamentos de marca y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra **Lista de Medicamentos**, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas llamadas biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para ver definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la **Lista de Medicamentos**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

Sección B2 **Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos**

Para saber si un medicamento que usted toma está en nuestra **Lista de Medicamentos**, puede:

- Visitar el sitio web de nuestro plan que se encuentra al final de esta página. La **Lista de Medicamentos** de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en nuestra **Lista de Medicamentos** o para pedir una copia de la lista.
- Usar nuestra “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” en el sitio web de nuestro plan a fin de buscar medicamentos en la **Lista de Medicamentos** para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha **Lista de Medicamentos** que podrían tratar la misma enfermedad. También puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente.

Sección B3 **Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos**

No cubrimos todos los medicamentos.

- Algunos medicamentos no están en nuestra **Lista de Medicamentos** porque la ley no nos permite cubrirlos.
- En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra **Lista de Medicamentos**.
- En algunos casos, es posible que usted pueda obtener un medicamento que no esté en nuestra **Lista de Medicamentos**. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 9**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que usted deba pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de STAR+PLUS) no puede pagar un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre sin costo los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su enfermedad. Para tratar su enfermedad, su médico u otro proveedor pueden recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha enfermedad. Esto se llama “uso fuera de la indicación aprobada”. Nuestro plan habitualmente no cubre los medicamentos recetados para un uso fuera de la indicación aprobada.

Además, por ley, ni Medicare ni STAR+PLUS pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia o para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que fabrica una compañía que dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos

Sección B4 Niveles de costo compartido de la Lista de Medicamentos

Cada medicamento de nuestra **Lista de Medicamentos** está asignado a uno de 5 niveles. Un nivel es un grupo de medicamentos que generalmente son del mismo tipo (por ejemplo, medicamentos de marca, genéricos o de venta sin receta). Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

El Nivel 1 es el nivel más bajo, incluye los medicamentos genéricos y tiene \$0 de costo compartido, El Nivel 2 incluye medicamentos genéricos, El Nivel 3 incluye medicamentos de marca preferidos, y El Nivel 4 incluye medicamentos no preferidos. El más alto es el Nivel 5 e incluye medicamentos de especialidad.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Para saber a qué nivel de costo compartido está asignado su medicamento, busque el medicamento en nuestra **Lista de Medicamentos**.

El **Capítulo 6** de esta **Guía para Miembros** indica lo que usted paga por los medicamentos de cada nivel.

Sección C Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su enfermedad. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

¿Qué es un medicamento compuesto?

Un medicamento compuesto es uno que ha sido creado por un farmacéutico al mezclar o combinar ingredientes para crear un medicamento con receta personalizado según las necesidades de un paciente en particular.

¿Mi plan de la Parte D cubre los medicamentos compuestos?

Generalmente, los medicamentos compuestos están excluidos del formulario (es decir, no tienen cobertura) por su plan. Para que su medicamento compuesto tenga cobertura, es posible que usted tenga que solicitar y recibir una determinación de cobertura aprobada de parte nuestra. Los medicamentos compuestos pueden calificar para la Parte D si cumplen todos los requisitos siguientes:

1. Contienen al menos un ingrediente farmacológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o por los Compendios, y todos los ingredientes del medicamento compuesto (incluso la vía de administración propuesta) cuentan con el respaldo de los Compendios.
2. No contienen un ingrediente farmacológico excluido por la Parte D o no aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos
3. No contienen un ingrediente cubierto por la Parte B. (De lo contrario, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte B en lugar de la Parte D)
4. Son recetados para una indicación médicamente aceptada

La tabla a continuación explica los requisitos básicos para que un medicamento compuesto con 2 o más ingredientes esté o no cubierto conforme a las reglas de la Parte D, así como los posibles costos para usted.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Tipo de Medicamento Compuesto	Cobertura de Medicare
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que cumple los requisitos de la Parte B	El medicamento compuesto está cubierto solamente por la Parte B
El medicamento compuesto contiene ingredientes que cumplen los requisitos de la cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D
El medicamento compuesto contiene ingredientes que cumplen los requisitos de la cobertura de la Parte D y están aprobados para formular un medicamento compuesto, e ingredientes excluidos de la cobertura de la Parte D (por ejemplo, medicamentos sin receta, etc.)	Una vez que se haya aprobado la determinación de cobertura, es posible que el medicamento compuesto esté cubierto por la Parte D. Sin embargo, los ingredientes excluidos de la cobertura de la Parte D no estarán cubiertos y usted no es responsable del costo de esos ingredientes
El medicamento compuesto contiene un ingrediente que no está aprobado o no cuenta con el respaldo para formular un medicamento compuesto	El medicamento compuesto no está cubierto por la Parte D. Usted es responsable del costo total

¿Qué tengo que pagar por un medicamento compuesto cubierto?

Un medicamento compuesto que cumple los requisitos de la Parte D podría requerir una determinación de cobertura aprobada para que esté cubierto por su plan. Usted pagará el copago o coseguro por medicamentos no preferidos por los medicamentos compuestos que están aprobados. No se permite ni está disponible ninguna otra reducción del costo compartido de nivel.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra **Lista de Medicamentos**. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor y se pueden aplicar diferentes restricciones a las distintas versiones de los medicamentos (por ejemplo, 10mg o 100mg; uno por cada día o dos por cada día; en tabletas o líquido).

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación,



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

solicítennos que usemos el proceso de decisión de cobertura para hacer una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca o productos biológicos originales cuando, respectivamente, hay una versión genérica o biosimilar intercambiable disponible

Generalmente, un medicamento genérico o un biosimilar intercambiable surte el mismo efecto que un medicamento de marca o un producto biológico original, y suele costar menos. Si hay una versión genérica o biosimilar intercambiable de un medicamento de marca o un producto biológico original disponible, las farmacias de nuestra red le darán respectivamente la versión genérica o biosimilar intercambiable.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la que el medicamento genérico, biosimilar intercambiable u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad no le surtirán efecto, cubrimos el medicamento de marca.
- Es posible que su copago sea mayor por el medicamento de marca o el producto biológico original que por el medicamento genérico o el biosimilar intercambiable.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su profesional que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Esto se llama preautorización. Se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento. Para obtener más información sobre la preautorización, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página o en nuestro sitio web, que también se encuentra al final de esta página.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo que surten el mismo efecto antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que requiramos que usted pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A no le surte efecto, cubrimos el medicamento B. Este requisito se llama terapia escalonada. Para obtener más información sobre la terapia escalonada, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página o en nuestro sitio web que también se encuentra al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora por cada día de un cierto medicamento, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra **Lista de Medicamentos**. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web que se encuentra al final de la página. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura debido a alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.

Sección D Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto en la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento quizás no esté en nuestra **Lista de Medicamentos**. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites de cobertura. Según se explicó en la sección anterior, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que receta podrían desear solicitarnos una excepción.
- El medicamento está cubierto, pero en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que usted cree que debería ser.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección D1 Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - deja de estar en nuestra **Lista de Medicamentos** o
 - nunca estuvo en nuestra **Lista de Medicamentos** o
 - ahora tiene alguna limitación.
2. Usted debe estar en una de las siguientes situaciones:
 - Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.

Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.

 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
 - Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta 31 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 31 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
 - Ha estado en nuestro plan durante más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de 31 días, o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Para los miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado: Podría haber transiciones no planificadas, como altas del hospital o cambios en el nivel de cuidado, que ocurran mientras usted es miembro de nuestro plan. Si le recetan un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o su capacidad para obtener sus medicamentos está limitada, debe usar el proceso de excepción del plan. Puede pedir un suministro de emergencia por única vez de hasta 31 días como mínimo que le permita tener tiempo para hablar esto con su médico o solicitar una excepción a la **Lista de Medicamentos**.

Sección D2 Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro. Sus opciones son:

- Cambiar el medicamento por otro.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que le surta efecto. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma enfermedad. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

O

- Solicite una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, pueden pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.

Sección D3 Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que usted toma se quitará de nuestra **Lista de Medicamentos** o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le avisamos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Solicitenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la manera en que usted quisiera.
- Respondemos a su solicitud de excepción en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

Si desea más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de servicios.

Sección E Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos** durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preaprobación (prior approval, PA) para un medicamento (permiso antes de poder obtener un medicamento).
- Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).
- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).
- Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usted toma un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de nuestra **Lista de Medicamentos** actual, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra **Lista de Medicamentos**, usted siempre puede:

- Consultar nuestra **Lista de Medicamentos** actual en Internet en el sitio que se encuentra al final de la página o
- Llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para consultar nuestra **Lista de Medicamentos** actual.

Cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos que le afecten durante el año del plan actual

Algunos cambios en la **Lista de Medicamentos** se producirán inmediatamente. Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible. A veces, aparece un nuevo medicamento genérico o biosimilar en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca o un producto biológico original de la **Lista de Medicamentos** actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y que agreguemos el nuevo medicamento genérico, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo el mismo o será menor.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hagamos.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de esta guía.

Algunos cambios en la **Lista de Medicamentos** podrían incluir:

- Un nuevo medicamento genérico o biosimilar intercambiable comienza a estar disponible. A veces, aparece en el mercado un nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable que surte el mismo efecto que un medicamento de marca o un producto biológico original de la **Lista de Medicamentos** actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca o el producto biológico original, y que agreguemos el nuevo medicamento genérico o una versión biosimilar intercambiable del mismo producto biológico, pero su costo por el nuevo medicamento o un biosimilar intercambiable seguirá siendo el mismo o será menor.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en la **Lista de Medicamentos** o
- Le avisamos y le damos un límite de suministro de 30 días del medicamento de marca o del producto biológico original después de que usted pida un resurtido.

Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si usted debería cambiarse al genérico o al biosimilar intercambiable o si hay un medicamento similar en la **Lista de Medicamentos** que usted puede tomar en su lugar, o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios. Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9**.

Quitar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado. A veces, es posible que se encuentre que un medicamento es inseguro o que se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos quitarlo inmediatamente de nuestra **Lista de Medicamentos**. Si está tomando el medicamento, le enviamos un aviso después de realizar el cambio. Si le avisan que un medicamento que usted está tomando ha sido retirado del mercado, debería hablar con su médico u otro profesional que receta.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra **Lista de Medicamentos**. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra **Lista de Medicamentos** o
- Le avisamos y le damos un suministro de 30 días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en nuestra **Lista de Medicamentos** que usted puede tomar en su lugar o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma que no se hayan descrito anteriormente y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando, aumentamos lo que usted paga por el medicamento o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso del medicamento ni lo que usted paga por el medicamento durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año actual. Usted tendrá que consultar la **Lista de Medicamentos** del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio que le afectará durante el próximo año del plan.

Sección F Cobertura de medicamentos en casos especiales

Sección F1 En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que usted paga, consulte el **Capítulo 6** de esta **Guía para Miembros**.

Sección F2 En un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

Sección F3 En un programa de centros de cuidados para enfermos terminales certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados para enfermos terminales y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que usted esté inscrito en un centro de cuidados para enfermos terminales de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro de cuidados para enfermos terminales no cubre porque no está relacionado con su pronóstico y enfermedad terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de cuidados para enfermos terminales que indique que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, usted puede pedir al profesional que receta o a su proveedor de cuidados para enfermos terminales que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados para enfermos terminales, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados para enfermos terminales de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados para enfermos terminales, consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.

Sección G Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

Sección G1 Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- tal vez no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar que surte el mismo efecto
- tal vez no sean seguros para su edad o sexo
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- podría tener un error en la cantidad (dosificación)
- tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opioides

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

Sección G2 Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades complejas de salud. En tales casos, usted podría cumplir los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y sin receta

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.
- Información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su profesional que receta sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de servicios.

Sección G3 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opioides que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, es posible que hablemos con los profesionales que recetan para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con sus profesional que receta, decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiacepínicos con receta tal vez no sea seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Administración de Medicamentos, las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que usted surta todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos de ciertas farmacias
- Requerirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiacepínicos de ciertos profesionales que recetan
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepínicos que cubriremos para usted

Si planeamos limitar la manera en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solamente de un proveedor específico o que las surta en una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Después de



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de esos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirmará las limitaciones.

Si cree que cometimos un error, si no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el profesional que receta pueden presentar una apelación. Si usted apela, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones que se aplican al acceso a medicamentos, automáticamente enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Si desea más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.)

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas enfermedades, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo cuidados para enfermos terminales o cuidado para el final de la vida, o
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos de
Medicare y de STAR+PLUS

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos de Medicare y de STAR+PLUS

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos de la Parte D de Medicare, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por Medicaid, **y**
- Medicamentos y artículos cubiertos por nuestro plan como beneficios adicionales.

Dado que usted cumple los requisitos de STAR+PLUS, recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Le hemos enviado un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Guía para Miembros para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Si usted no tiene este documento, llame a Servicio al Cliente y pídalo.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Si desea más información sobre medicamentos, puede buscar en los siguientes lugares:

- Nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos**.
 - La llamamos **Lista de Medicamentos**. Le explica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - A cuál de los cinco niveles está asignado cada medicamento
 - Si hay algún límite en los medicamentos



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 usted necesita una copia de nuestra **Lista de Medicamentos**, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra **Lista de Medicamentos** que se encuentra al final de esta página.
- El **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos que nuestro plan no cubre.
 - Cuando usted usa la “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2** del **Capítulo 5**), el costo que aparece es un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente.
- Nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
 - En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que aceptan trabajar con nosotros.
 - El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica las farmacias de nuestra red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	La Explicación de Beneficios (EOB)	160
Sección B	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	161
Sección C	Etapas de Pago de Medicamentos de la Parte D de Medicare	162
	Sección C1 Nuestro plan tiene cinco niveles de costo compartido	163
	Sección C2 Sus opciones de farmacias	164
	Sección C3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento	164
	Sección C4 Lo que usted paga.....	164
Sección D	Etapas de Pago de Medicamentos de la Parte D de Medicare	166
	Sección D1 Sus opciones de farmacias	167
	Sección D2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento ...	167



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

	Sección D3 Lo que usted paga.....	168
	Sección D4 Fin de la Etapa de Cobertura Inicial	170
Sección E	Etapa 2: La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores	170
Sección F	Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo	170
Sección G	Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D.....	171
	Sección G1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna.....	171
	Sección G2 Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare	172



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza cuando obtiene medicamentos con receta en la farmacia. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por el programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (SPAP).
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios (EOB)**. La Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma, tales como aumentos en los precios y otros medicamentos con un costo compartido más bajo que pueden estar disponibles. Usted puede hablar con el profesional que le receta sobre estas opciones de menor costo. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen detalla qué medicamentos usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros, lo que pagó usted y lo que otros pagaron por usted.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Indica los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y los cambios en el precio del medicamento desde el primer surtido por cada reclamo de medicamentos con receta de la misma cantidad.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando corresponda, información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido por cada medicamento con receta.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se toman en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- También pagamos algunos medicamentos sin receta.
- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra **Lista de Medicamentos**. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con y sin receta están cubiertos por STAR+PLUS. Estos medicamentos se incluyen en la **Lista de Medicamentos**.

Sección B Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su UCard de UnitedHealthcare.

Muestre su UCard de UnitedHealthcare cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento.

Los siguientes son ejemplos de las situaciones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usa una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros**.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros realicen por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos, un programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar para la



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Cuando usted llega a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos de la Parte D de Medicare durante el resto del año.

4. **Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.**

Cuando reciba una Explicación de Beneficios por correo postal, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?
- **¿Obtuvo los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden con los medicamentos que le recetó su médico?

¿Qué puede hacer si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece estar bien en esta Explicación de Beneficios, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web que se encuentra al final de esta página.

¿Qué se puede hacer ante un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llame a Servicio al Cliente o a su Coordinador del Cuidado de la Salud.
- O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo.
- También puede llamar a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 1-800-447-8477.

Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente. Guarde estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

Sección C Etapas de Pago de Medicamentos de la Parte D de Medicare

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



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 2: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores
Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.	Durante esta etapa, pagamos todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre. Usted comienza esta etapa cuando haya pagado una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.

Sección C1 **Nuestro plan tiene cinco niveles de costo compartido**

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de nuestra **Lista de Medicamentos** está asignado a uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra **Lista de Medicamentos**.

Nivel 1 – Genéricos Preferidos - Medicamentos genéricos de uso común y de menor costo.

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3 – De Marca Preferidos – Muchos medicamentos de marca comunes, llamados de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.

Nivel 3 – Medicamentos de Insulina Cubiertos – Insulinas Cubiertas: 25%, hasta \$35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Nota: 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 por 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.

Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos – Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

Nivel 5 – De Especialidad – Medicamentos genéricos y de marca muy especiales o de un costo muy alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Los medicamentos del Nivel 5 son el siguiente nivel con el copago más alto. Son medicamentos de especialidad. Se espera que el copago promedio previsto sea de \$392.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección C2 Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- una farmacia de la red, o
- una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** para saber cuándo lo hacemos.
- la farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** para saber cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no estará cubierto. Si desea más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** y nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección C3 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** o nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección C4 Lo que usted paga

Es posible que pague un copago cuando surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Para los Miembros que Califican para el Programa “Ayuda Adicional”:

Por medicamentos genéricos (incluso los medicamentos que se consideran como genéricos), ya sea:

- \$0
- \$1.60
- \$5.10



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Por todos los demás medicamentos

- \$0
- \$4.90
- \$12.65

Si NO califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta, usted pagará lo siguiente por sus medicamentos con receta cubiertos:

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto de:

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5 de esta Guía para Miembros .
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos Preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (De Marca Preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5 de esta Guía para Miembros .
Nivel 4 de costo compartido (No Preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (De Especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de nuestro plan.

Sección D **Etapas 1: La Etapa de la Cobertura Inicial**

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos una parte 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.

Los niveles de costo compartido son grupos de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan está asignado a uno de cinco niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el número del nivel, más alto será el copago. Para encontrar los niveles de costo compartido de sus medicamentos, consulte nuestra **Lista de Medicamentos**.

Nivel 1 – Genéricos Preferidos – Medicamentos genéricos de uso común y de menor costo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Nivel 2 – Genéricos - Muchos medicamentos genéricos.

Nivel 3 – De Marca Preferidos – Muchos medicamentos de marca comunes, llamados de marca preferidos, y algunos medicamentos genéricos de mayor costo.

Nivel 3 – Medicamentos de Insulina Cubiertos – Insulinas Cubiertas: 25%, hasta \$35 por cada suministro de 1 mes hasta la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Nota: 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 por 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.

Nivel 4 – Medicamentos No Preferidos – Medicamentos genéricos no preferidos y medicamentos de marca no preferidos.

Nivel 5 – De Especialidad – Medicamentos genéricos y de marca muy especiales o de un costo muy alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, búsquelo en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección D1 Sus opciones de farmacias

Lo que usted paga por un medicamento depende de que lo obtenga en:

- Una farmacia minorista de la red o
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costos compartidos preferidos. Los costos pueden ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.
- Una farmacia fuera de la red. En casos limitados, cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red. Consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** para saber cuándo lo hacemos.
- La farmacia de pedidos por correo de nuestro plan.

Si desea más información sobre estas opciones, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** y nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Sección D2 Cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días. Le cuesta lo mismo que un suministro de un mes.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** o el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de nuestro plan.

Sección D3 Lo que usted paga

Durante la Etapa de Cobertura Inicial, es posible que usted pague un copago cada vez que surta una receta. Si su medicamento cubierto cuesta menos que el copago, usted paga el precio más bajo.

Comuníquese con Servicio al Cliente para saber de cuánto es su copago por cualquier medicamento cubierto.

Si califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos con receta, sus costos por su medicamento con receta de la Parte D de Medicare serán menores que los que se indican en la tabla a continuación. Si usted tiene cobertura de Medicare y de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Medicaid) de Texas Medicaid, califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional. Los miembros con los ingresos y recursos más bajos cumplen los requisitos para recibir el mayor nivel de asistencia del programa Ayuda Adicional. (Consulte su Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos para obtener más información sobre los costos reales de sus medicamentos.)

Para los Miembros que Califican para el Programa “Ayuda Adicional”:

Por medicamentos genéricos (incluso los medicamentos que se consideran como genéricos), ya sea:

- \$0
- \$1.60
- \$5.10

Por todos los demás medicamentos

- \$0
- \$4.90
- \$12.65

Si NO califica para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta, usted pagará lo siguiente por sus medicamentos con receta cubiertos:

Su parte del costo cuando obtiene un suministro de un mes o a largo plazo de un medicamento cubierto de:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

	Una farmacia de la red Un suministro de un mes o de hasta 30 días	El servicio de pedidos por correo de nuestro plan Un suministro de un mes o de hasta 100 días	Una farmacia de cuidado a largo plazo de la red Un suministro de hasta 31 días	Una farmacia fuera de la red Un suministro de hasta 30 días. La cobertura se limita a ciertos casos. Para obtener información detallada, consulte el Capítulo 5 de esta Guía para Miembros .
Nivel 1 de costo compartido (Genéricos Preferidos)	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2 de costo compartido (Genéricos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 3 de costo compartido (De Marca Preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 4 de costo compartido (No Preferidos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de costo compartido (De Especialidad)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

Para obtener información sobre qué farmacias pueden entregarle suministros a largo plazo, consulte nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección D4 Fin de la Etapa de Cobertura Inicial

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo alcance los \$2,100. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Cubrimos todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año.

Su Explicación de Beneficios le ayuda a llevar un registro de cuánto ha pagado por sus medicamentos durante el año. Si alcanza el límite de \$2,100, le avisamos. Muchas personas no lo alcanzan en un año.

Sección E Etapa 2: La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Cuando alcance el límite de gastos de su bolsillo de \$2,100 para sus medicamentos, comenzará la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Usted permanece en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario. Durante esta etapa, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

Sección F Los costos de sus medicamentos si su médico le receta menos de un suministro de un mes completo

En algunos casos, usted paga un copago para cubrir un suministro de un mes completo de un medicamento cubierto. Sin embargo, su médico puede recetarle menos de un suministro de un mes de medicamentos.

- Puede haber ocasiones en las que usted desee pedirle a su médico que le recete menos de un suministro de un mes de un medicamento (por ejemplo, si va a probar un medicamento por primera vez).
- Si su médico está de acuerdo con esto, usted no paga el suministro de un mes completo por ciertos medicamentos.

Cuando obtiene menos de un mes de suministro de un medicamento, lo que usted paga se basa en el número de días de suministro del medicamento que obtiene. Calculamos lo que usted paga por cada día de medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicamos por el número de días del medicamento que obtiene.

- Por ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) de su medicamento es de \$6. Esto significa que lo que usted paga por su medicamento es \$0.20 por cada día. Si obtiene un suministro de 7 días del medicamento, su pago es de \$0.20 por cada día multiplicado por 7 días, con un pago total de \$1.40.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- El costo compartido diario le permite asegurarse de que un medicamento le surta efecto antes de pagar un suministro de un mes completo.
- Usted también puede pedirle a su proveedor que le recete menos de un mes completo de suministro de un medicamento para ayudarle a:
 - Planificar mejor cuándo resurtir sus medicamentos,
 - Coordinar los resurtidos con otros medicamentos que toma, y
 - Hacer menos viajes a la farmacia.

Sección G Lo que usted paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos** de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte corresponde al costo de la vacuna en sí.
2. La segunda parte corresponde al costo de aplicarle la vacuna. Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

Sección G1 Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si planea recibir una vacuna.

- Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre su vacuna y explicarle la parte del costo que le corresponde a usted.
- Podemos informarle cómo mantener sus costos bajos mediante el uso de proveedores y farmacias de la red. Las farmacias y los proveedores de la red han acordado trabajar con nuestro plan. Un proveedor de la red trabaja con nosotros para asegurarse de que usted no tenga costos por adelantado por una vacuna de la Parte D de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección G2 Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que usted paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué es la vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en vez de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Es posible que tenga que pagar un copago por las vacunas de la Parte D de Medicare. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, la vacuna no le costará nada a usted.

Las siguientes son tres formas habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la aplican allí mismo.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted podría pagar un copago por la vacuna en sí.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico se la aplica.
 - Usted podría pagar un copago al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.
 - En esta situación, el consultorio médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted paga un copago por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de
una factura que recibió por servicios o
medicamentos cubiertos

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	175
Sección B	Cómo enviarnos una solicitud de pago	180
Sección C	Decisiones de cobertura	181
Sección D	Apelaciones.....	181



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan sus medicamentos y servicios cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que nuestros proveedores le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por el costo total de cuidado de la salud o de medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte el **Capítulo 2**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o medicamentos y usted ya pagó más que su parte del costo, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
 - Si pagó servicios cubiertos por STAR+PLUS, no podemos hacerle un reembolso, pero el proveedor sí lo hará. Servicio al Cliente o su coordinador de servicios pueden ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicio al Cliente al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador de servicios.

Si no sabe lo que debería haber pagado o si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió incluyen:

1. **Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red**

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el total cuando recibe el cuidado, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
- Si usted ya pagó más que su parte del costo por el servicio de Medicare, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos nuestra parte del costo.
- También puede recibir servicios para emergencias o requeridos de urgencia de un proveedor fuera de los Estados Unidos. Si recibe servicios para emergencias o requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos, es posible que el proveedor le exija que pague el costo de los servicios en su totalidad. Pida una factura o un recibo detallado por escrito que indique los servicios específicos que le prestaron. Envíenos una copia de la factura detallada o un recibo detallado para que le hagamos un reembolso. Usted debería estar preparado para ayudarnos a obtener toda la información necesaria para procesar correctamente su solicitud de reembolso, incluidos los registros médicos. El cuidado de emergencia y requerido de urgencia en el extranjero está cubierto solamente si usted lo paga directamente y se nos envía para reembolso, o cuando usted solicita el reembolso directamente y podemos hacer los arreglos necesarios para pagarle directamente al proveedor que prestó el servicio. Usted o el proveedor que prestó el servicio deben presentar directamente las facturas y los registros médicos de respaldo. Los servicios o la documentación que nos presenten facturadores externos, intermediarios o compañías de administración de reclamos no son reembolsables.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que usted muestre su UCard de UnitedHealthcare cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Pero, en ocasiones, cometen errores y le piden a usted que pague sus servicios o que pague más que su parte de los costos. **Llame a Servicio al Cliente o a su coordinador de servicios al número que se encuentra al final de esta página si recibe alguna factura.**

- Como miembro del plan, usted solamente paga el copago cuando recibe los servicios que cubrimos. No permitimos que los proveedores le facturen más que esa cantidad. Incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobraron por un servicio. Aunque decidamos no pagar algunos cargos, usted no tiene que pagarlos.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red por una cantidad superior a la que usted piensa que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos la diferencia entre lo que usted pagó y lo que debería haber pagado conforme a nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso podría haber sido el año pasado.)

- Si se le inscribió retroactivamente y usted pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos. Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo.
- Si desea más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta de la Parte D de Medicare porque no lleva consigo su UCard de UnitedHealthcare

Si no lleva consigo su UCard de UnitedHealthcare, puede pedir a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted tenga que pagar de su bolsillo el costo total del medicamento con receta o volver a la farmacia con su UCard de UnitedHealthcare.
- Cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo, envíenos una copia de su recibo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta de la Parte D de Medicare que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de un medicamento con receta porque no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

restricción que usted desconocía o que piensa que no se aplica a su caso. Si usted decide obtenerlo, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.

- Si no lo paga, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**).
- Si usted y su médico u otro profesional que receta piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente (en un plazo no mayor de 24 horas), pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunos casos, es posible que su médico u otro profesional que receta deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos nuestra parte del costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

7. Cuando utiliza su cobertura mundial de servicios para emergencias, de servicios mundiales requeridos de urgencia o de transporte mundial de emergencia

Importante: Si es admitido en un hospital después de una emergencia médica mientras viaja fuera de los Estados Unidos, llame a Servicio al Cliente inmediatamente al número que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud. Esto asegura la coordinación oportuna del cuidado y el acceso al apoyo.

Usted pagará el costo total de los servicios para emergencias que reciba fuera de los Estados Unidos en el momento de recibirlos. Para recibir un reembolso de nuestra parte, debe hacer lo siguiente:

- Pague su factura en el momento de recibirla. Le reembolsemos la diferencia entre la cantidad de su factura y su costo compartido por los servicios, según lo descrito en el Capítulo 4 y en las secciones de Exclusiones de este documento.
- Guarde todos sus recibos y envíenos copias cuando nos pida que le hagamos un reembolso. En algunas situaciones, es posible que tengamos que obtener más información de su parte o del proveedor que le prestó los servicios para que le hagamos el reembolso de nuestra parte del costo.
- Si se le pide que pague su factura por los servicios mundiales para emergencias y usted no puede realizar el pago, llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda adicional y es posible que podamos trabajar directamente con el proveedor de servicios para ayudar a coordinar el pago de los servicios cubiertos en nombre de usted. Usted debe solicitar el pago por servicios en el extranjero directamente a nosotros, y usted o el proveedor que prestó el servicio deben presentar toda la documentación directamente ante nosotros.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Las solicitudes de pago de intermediarios, compañías de administración de reclamos o facturadores externos que sean independientes del proveedor que prestó el servicio no son reembolsables. Nunca proporcionamos formularios a proveedores extranjeros, compañías de administración de reclamos o facturadores externos que requieran su firma o un depósito o pago de su parte para que usted reciba nuestro reembolso. En algunos países, es posible que se le solicite pagar un depósito o firmar formularios, y el proveedor indicará que cobrará el resto directamente a nosotros. Sin embargo, los formularios que nos envíe un proveedor extranjero, una compañía de administración de reclamos o un facturador externo en nombre de usted no serán reembolsados por nosotros, aunque esos formularios incluyan el nombre o el logotipo de UHC. Solo consideraremos las solicitudes que usted nos presente directamente para obtener el reembolso de servicios médicos que reciba de un proveedor extranjero. Esto nos permite confirmar que usted recibió los servicios y que le reembolsarán la misma cantidad que le facturaron o que se pagó en el momento en que se prestó el servicio.
- Si recibe servicios en un país extranjero que no sean servicios mundiales requeridos de urgencia o para emergencias cubiertos según se describe en esta **Guía para Miembros**, usted es completamente responsable del pago de esos servicios. Ni el plan ni Medicare pagarán los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos que no se describan explícitamente como cubiertos en esta **Guía para Miembros**.
- Usted debe solicitar el reembolso al Plan de Salud en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que se reciban los servicios. Debe proporcionar la siguiente documentación junto con su presentación:
 1. Una factura detallada del centro, que incluya el nombre del hospital, su nombre, las fechas de estadía, una lista de cargos, una breve descripción de cada cargo y un total.
 2. Un recibo o comprobante de pago que demuestre que se pagó la cantidad indicada en la factura. Los comprobantes de pago aceptables son un recibo de la tarjeta de crédito, un cheque cancelado o un resumen de cuenta del banco. Para los pagos en efectivo, se acepta una factura detallada del proveedor que muestre el pago en efectivo y que detalle cualquier saldo restante.
 3. Una copia del registro médico o de la documentación que describa la situación médica y el tratamiento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, pagamos nuestra parte del costo.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para saber cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección B Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal.** Puede pedirle ayuda a su coordinador de servicios. Debe enviarnos su información en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información con mayor rapidez.
- Puede obtener el formulario en nuestro sitio web o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíe por correo postal su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

Optum Rx
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Solicitudes de pago de reclamos médicos:

UnitedHealthcare
P.O. Box 5290
Kingston, NY 12402-5290

Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección C Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos lo que usted debe pagar, si corresponde.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, pagaremos nuestra parte del costo. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo postal un cheque por lo que pagó o por nuestra parte del costo. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no le reembolsen el total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** explica las reglas para que sus medicamentos de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar nuestra parte del costo del servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Si desea más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

Sección D Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice “presentar una apelación”. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con lo que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Si desea más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**.

- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la **Sección G**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	184
Sección B	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	184
Sección C	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	185
	Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal	186
	Sección C2 Su derecho a consultar sus registros médicos.....	186
Sección D	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información.....	194
Sección E	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	195
Sección F	Su derecho a dejar nuestro plan	195
Sección G	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud	195
	Sección G1 Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	195
	Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo	196
	Sección G3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones	197
Sección H	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones	198
	Sección H1 Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	198
Sección I	Sus responsabilidades como miembro del plan	198



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se le presten de una manera culturalmente competente y accesible, incluso para quienes tienen una competencia limitada del inglés, una capacidad limitada de lectura o una incapacidad auditiva, o quienes tienen distintos orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Contamos con materiales impresos en español. Podemos proporcionarle información en otros idiomas si lo solicita. También podemos proporcionarle información en braille o en letra grande. Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a:

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- La Oficina de Derechos Civiles de Texas al 1-888-388-6332.
- La Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Sección B Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Usted tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros**.

- Llame a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente, o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** si desea más información sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es una aprobación de su proveedor de cuidado primario para usar otro proveedor.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios en un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Si desea más información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros**.

El **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También explica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección C Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información de salud personal incluye los datos personales que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección C1 Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización consulte ni modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar información de salud personal por orden judicial.
- Debemos dar su información de salud personal a Medicare, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare. Si Medicare divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, lo hace según las leyes federales.

Sección C2 Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboramos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información de salud personal con terceros y de qué manera lo hacemos por cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025

Por ley, debemos proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso.

Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted a acceder a su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso vigente.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.
- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud o los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos,** por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.
- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o médico legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales o Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas. Obtendremos su consentimiento por escrito para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su UCard de UnitedHealthcare.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. **Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo.** Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia** de cierta información de salud. Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- **En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos** su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, **llame al número de teléfono que se encuentra en su UCard de UnitedHealthcare.** O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-866-944-4983**, o al TTY/RTT **711**.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a:
UnitedHealthcare Privacy Office
MN017-E300
P.O. Box 1459
Minneapolis, MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025

Protegemos su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-866-944-4983**, o al TTY/RTT **711**.

A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.;



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite es.uhc.com/privacy/entities-fn-v2.

© 2025 United HealthCare Services, Inc.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección D Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicio al Cliente. Este servicio es gratuito para usted. Contamos con materiales impresos en español. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio.

Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar un plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo dejar nuestro plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario
 - títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para Miembros**) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta **Guía para Miembros**) cubiertos por nuestro plan
 - límites en su cobertura y sus medicamentos
 - reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros**), lo que incluye pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que usted recibió



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E **Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted**

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos.

Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que cobraron los proveedores. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros**.

Sección F **Su derecho a dejar nuestro plan**

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** de esta **Guía para Miembros**:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de STAR+PLUS si deja nuestro plan.

Sección G **Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud**

Usted tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que le ayude a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

Sección G1 **Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones**

Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Debemos informarle por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.
- **Negarse.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- Solicitarnos que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que generalmente no cubrimos. A esto se le llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Sección G2 Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted** si en algún momento usted no puede tomarlas por sí mismo.
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted **no** puede tomar decisiones por sí mismo, incluso sobre el cuidado que usted no desea.

El documento legal que usted usa para dar las instrucciones se llama “instrucciones por anticipado”. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

Usted no está obligado a tener instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo. Si desea usar instrucciones por anticipado, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener el formulario de su médico, un abogado, un trabajador social o algunas tiendas de artículos de oficina. Las farmacias y los consultorios de los



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

proveedores suelen tener los formularios. Usted puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir el formulario. Las organizaciones que proporcionan información a las personas sobre Medicare o Texas Medicaid, como el Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas, también pueden tener formularios de instrucciones por anticipado.

- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Considere la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su proveedor de cuidado primario, le ayude a llenarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas que deban tener conocimiento.** Entréguele una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, **lleve una copia con usted al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Pedir que se incluyan sus instrucciones por anticipado en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones por anticipado en cualquier momento.

Por ley, nadie puede denegarle el cuidado ni discriminarle según si ha firmado o no un formulario de instrucciones por anticipado. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Sección G3 Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante la Unidad de Registro de Quejas e Incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Para informar las quejas, llame al 800-458-9858, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., envíe un correo electrónico a hfc.complaints@hhs.texas.gov, o visite el sitio web de la Unidad de Registro de Quejas e Incidentes de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (www.hhs.texas.gov/es/contactenos/quejas-apelaciones/unidad-de-registro-de-quejas-e-incidentes).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección H Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan presentaron contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para obtener esta información.

Sección H1 Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si usted cree que le tratamos injustamente — y **no es** un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el **Capítulo 11** de esta **Guía para Miembros** — o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar a los siguientes:

- Servicio al Cliente.
- El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas al 800-252-9240. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2**.
- La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas al 866-566-8989. Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para Miembros**.

Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. (También puede leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

Sección I Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer esta Guía para Miembros** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para Miembros**. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
- Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de esta **Guía para Miembros**.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su UCard de UnitedHealthcare cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
 - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.
 - Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Pagar lo que adeuda.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare. Para la mayoría de nuestros miembros, Medicaid paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - Por algunos de sus apoyos y servicios a largo plazo o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciben el servicio o el medicamento. Esto será un copago. El **Capítulo 4** indica lo que usted debe pagar por sus apoyos y servicios a largo plazo. El **Capítulo 6** indica lo que usted debe pagar por sus medicamentos.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total. (Nota:** Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- **Avisarnos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos inmediatamente. Llame a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente.
 - **Si se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.**
Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de esta **Guía para Miembros** explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si usted se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nuevo sitio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe su nueva dirección a Medicare y a STAR+PLUS cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para Miembros** para ver los números de teléfono de Medicare y de STAR+PLUS.
 - **Si se muda, pero sigue estando dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - **Si se muda, dígaselo al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).**
- **Llame a su coordinador de servicios o a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una
queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

Si tiene un problema con sus apoyos y servicios a largo plazo o de salud

Usted debería recibir el cuidado de la salud, los medicamentos y los apoyos y servicios a largo plazo que su médico y otros proveedores determinen que son necesarios para su cuidado como parte de su Plan de Cuidado. **Si tiene un problema con su cuidado o con sus Apoyos y Servicios a Largo Plazo, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al 1-866-566-8989 para pedir ayuda.** Este capítulo explica las opciones que usted tiene para diferentes problemas y quejas, pero siempre puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos para que le orienten con su problema.

Si desea ver recursos adicionales para tratar sus inquietudes y las maneras de comunicarse con ellos, consulte el **Capítulo 2**, donde encontrará más información sobre los programas de ombudsman.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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

Sección A	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud.....	205
	Sección A1 Información sobre los términos legales.....	205
Sección B	Dónde recibir ayuda.....	205
	Sección B1 Para obtener más información y ayuda	205
Sección C	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de STAR+PLUS en nuestro plan	207
Sección D	Problemas con sus beneficios	207
Sección E	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	207
	Sección E1 Decisiones de cobertura	208
	Sección E2 Apelaciones	208
	Sección E3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	209
	Sección E4 Qué sección de este capítulo puede ayudarle.....	210
Sección F	Cuidado médico	210
	Sección F1 Cómo usar esta sección	210
	Sección F2 Cómo solicitar una decisión de cobertura	211
	Sección F3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	214
	Sección F4 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	218
	Sección F5 Problemas de pago	221
Sección G	Medicamentos de la Parte D de Medicare	222
	Sección G1 Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	223
	Sección G2 Excepciones de la Parte D de Medicare.....	224
	Sección G3 Información importante sobre la solicitud de una excepción.....	226
	Sección G4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción	227
	Sección G5 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	229
	Sección G6 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	231



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección H	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada	233
	Sección H1 Cómo se enterará de sus derechos de Medicare.....	234
	Sección H2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	235
	Sección H3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	237
Sección I	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	238
	Sección I1 Aviso antes de que termine su cobertura.....	238
	Sección I2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	238
	Sección I3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	240
Sección J	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2.....	241
	Sección J1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	241
	Sección J2 Apelaciones adicionales de STAR+PLUS	242
	Sección J3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	243
Sección K	Cómo presentar una queja.....	244
	Sección K1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas	244
	Sección K2 Quejas internas	246
	Sección K3 Quejas externas	247



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted debe usar depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas** (también llamadas quejas formales).

Para asegurar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

Sección A1 Información sobre los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

- “Presentar una queja” en lugar de “presentar una queja formal”
- “Decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de beneficios”, “determinación en riesgo” o “determinación de cobertura”
- “Decisión de cobertura rápida” en lugar de “determinación rápida”
- “Organización de Revisión Independiente (IRO)” en lugar de “Entidad de Revisión Independiente” (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

Sección B Dónde recibir ayuda

Sección B1 Para obtener más información y ayuda

A veces, es complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga la información necesaria para dar el próximo paso.

Ayuda de parte del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Usted también puede recibir ayuda del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud. Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer con respecto a su problema. El programa no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud es el 1-800-252-3439.

Ayuda e información de parte de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite el sitio web de Medicare (es.medicare.gov).

Ayuda e información de parte de STAR+PLUS

Si necesita ayuda con los servicios de Medicaid de STAR+PLUS, comuníquese con los siguientes:

La Línea Directa para Clientes de Texas Medicaid

- Llame al 1-800-252-8263. Los usuarios de TTY deben llamar al 7-1-1 o al servicio de retransmisión Relay Texas
- Visite el sitio web de la Comisión de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.texas.gov/es

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO), para revisiones de apelaciones de Medicare:

- Llame a Acentra Health, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad – Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (Beneficiary and Family Centered Care–Quality Improvement Organization, BFCC-QIO) de Texas: 1-888-315-0636
- Visite el sitio web de salud de Acentra Health en www.acentra.com

La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas, para recibir ayuda con quejas o para resolver problemas

- Llame al 1-866-566-8989, los usuarios de TTY deben llamar al 711 o al servicio de retransmisión Relay Texas
- Visite el sitio web de la Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.hhs.texas.gov/es/contactenos/quejas-apelaciones/oficina-del-ombudsman-de-hhs



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección C Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y de STAR+PLUS en nuestro plan

Usted tiene Medicare y STAR+PLUS. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y de STAR+PLUS. A veces, se le llama “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de STAR+PLUS.

En ocasiones, los procesos de Medicare y de STAR+PLUS no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de STAR+PLUS. La **Sección F4** explica estas situaciones.

Sección D Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye problemas sobre si el cuidado médico en particular (artículos o servicios médicos, o medicamentos de la Parte B) tienen cobertura o no, y la manera en que están cubiertos, así como los problemas sobre el pago del cuidado médico.

Sí. Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

No. Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.

Consulte la **Sección E**: “Decisiones de cobertura y apelaciones”.

Consulte la **Sección K**: “Cómo presentar una queja”.

Sección E Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a esos artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B como cuidado médico.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E1 Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y su cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le refiere a un especialista médico fuera de la red, esta referencia se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso (consulte la **Sección H** del **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**).

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que usted cree que necesita. **Si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que ya no se lo cubre Medicare ni STAR+PLUS. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Sección E2 Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Los revisores que se encargan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de cuidado médico de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

STAR+PLUS, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2.

Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

Sección E3 Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicio al Cliente** a los números que se encuentran al final de la página.
- **El Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP)**. El número de teléfono del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud es el 1-800-252-3439.
- **La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de Texas**. La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos ayuda a las personas inscritas en STAR+PLUS con problemas de servicio o facturación. El número de teléfono es el 1-866-566-8989.
- **Su médico u otro proveedor**. Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **Un amigo o un familiar**. Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **Un abogado**. Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica.

Llene el formulario de Nombramiento de Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a una persona a actuar por usted.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y pida el formulario de “Nombramiento de Representante”. También puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E4 Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos información detallada de cada una en una sección aparte de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solamente se aplica a los siguientes servicios: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF].)

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Sección F Cuidado médico

Esta sección explica lo que usted puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su cuidado.

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado médico, que se describen en el **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros** en la tabla de beneficios. En algunos casos, se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos de la Parte B de Medicare de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Sección F1 Cómo usar esta sección

Esta sección indica lo que puede hacer en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.
Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.
2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.
Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

3. Usted recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que cubríamos, y desea que le hagamos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de cierto cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para saber más.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura de cierto cuidado médico, use esta sección (**Sección F**) como guía.

Sección F2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama **determinación de la organización integrada**.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

Por teléfono: **1-866-944-4983**

Las llamadas a este número son gratuitas.

Horario de atención: 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

TTY: **711**

Las llamadas a este número son gratuitas.

Por fax: **1-888-950-1169**.

Por escrito: UnitedHealthcare Customer Service Department (Determinaciones de la Organización)
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

Sitio web: **myUHC.com/CommunityPlan**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta en un plazo de:

- **7 días calendario** después de que recibamos su **solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras reglas de preautorización.**
- **14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de todos los demás artículos o servicios médicos.**
- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” **sobre** nuestra decisión de tomárnoslos. Si presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para decisión de cobertura rápida es **determinación rápida**.

Si necesita que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de:

- **72 horas** después de que recibamos su solicitud **para obtener un artículo o servicio médico.**
- **24 horas** después de que recibamos su solicitud **de un medicamento de la Parte B de Medicare.**

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si nos damos cuenta de que falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B de Medicare.

Si usted piensa que **no deberíamos** tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomárnoslos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud** o perjudicar su capacidad funcional.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones.

- Si **Denegamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.
- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 usted pide que se la retire.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

Sección F3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-866-944-4983 (TTY 711)**.

Para solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, escribanos o llámenos al **1-866-944-4983 (TTY 711)**.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita que un artículo o servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que usted deba nombrarle como su representante para que actúe en nombre de usted.
- Si la persona que presenta la apelación por usted no es su médico, incluya un formulario de Nombramiento de Representante que le autorice a representarle. Puede obtener el formulario en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf o en nuestro sitio web que se encuentra al final de esta página.
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983, 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.**

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración rápida**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado, usted o su médico deciden si usted necesita una apelación rápida.

Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una apelación rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que interrumpiremos o reduciremos los artículos o servicios que usted ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un artículo o servicio que usted recibe, le enviamos un aviso antes de entrar en acción.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una Apelación de Nivel 1 en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
 - Si usted cumple este plazo, recibirá el artículo o servicio sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicaid, puede presentar usted mismo una Audiencia Imparcial – Nivel 2 ante el estado en cuanto venza el plazo. En Texas, una Audiencia Imparcial se llama Apelación de Nivel 2.
- **Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B de Medicare que no obtuvo, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos tiempo adicional para tomar la decisión.
 - Si usted piensa que **no deberíamos** tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
- Si no le damos una respuesta en ese plazo o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre un servicio o un artículo de STAR+PLUS, puede solicitar una Apelación de Nivel 2 (conocida como Audiencia Imparcial) a la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. La carta le explicará cómo hacerlo. A continuación, también encontrará información.

Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 30 días calendario o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de STAR+PLUS, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección F4 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, STAR+PLUS o ambos programas habitualmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre STAR+PLUS, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podrían cubrir **tanto Medicare como STAR+PLUS**, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, el artículo o el medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre STAR+PLUS, sus beneficios por ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicare

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la Organización de Revisión Independiente (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente (IRE)**.

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió la compañía para que sea la Organización de Revisión Independiente, y Medicare supervisa el trabajo que esta realiza.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Enviamos información sobre su apelación (el “expediente de su caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también será una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue estándar en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario más**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, debemos:
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas**, o



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o
- Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B de Medicare en disputa:**
 - **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o
 - **en un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.
 - Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles.
 - Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicaid, o que está cubierto tanto por Medicare como por STAR+PLUS

Una Apelación de Nivel 2 por los servicios que habitualmente cubre STAR+PLUS es una Audiencia Imparcial Estatal ante el Departamento de Audiencias Imparciales de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial Estatal por escrito o por teléfono **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nuestra parte le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial Estatal.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

El Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si el Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales **Acepta** de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, debemos autorizarlo o prestarlo **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su decisión.
- Si el Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales **Deniega** de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura del artículo o servicio solicitado. A esto se le llama “ratificar la decisión”

Si la decisión del Funcionario de Audiencias Imparciales Estatales es **Denegar** de manera total o parcial su solicitud, usted puede solicitar una Revisión Administrativa en un plazo no mayor de 30 días a partir de la fecha de la decisión. La decisión del Funcionario de Audiencias Imparciales describe cómo solicitar una Revisión Administrativa. Un Juez de Derecho Administrativo de la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas realiza una Revisión Administrativa.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después de una Apelación de Nivel 2, consulte la **Sección J**.

Sección F5 Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura. Lo único que deberían pedirle que pague es el copago por el servicio, artículo o medicamento.

Si recibe una factura por una cantidad mayor que su copago por servicios y artículos cubiertos, envíenos la factura. No pague la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso de parte de nuestro plan si usted siguió las reglas para recibir los servicios o artículos.

Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros**. Describe las situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También le indica cómo enviarnos la documentación para pedirnos el pago.

Si pide un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago del servicio o artículo generalmente en un plazo no mayor de 30 días calendario, pero sin exceder los 60 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si usted aún no pagó el servicio o artículo, le enviaremos el pago directamente al proveedor. El hecho de que enviemos el pago significa que su solicitud de decisión de cobertura ha sido **Aceptada**.
- Si el servicio o artículo no está cubierto, o si usted no siguió todas las reglas, le enviaremos una carta para avisarle que no pagaremos el servicio o artículo, y para explicarle por qué.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de no pagar, **puede presentar una apelación**. Siga el proceso de apelación descrito en la **Sección F3**. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta lo siguiente:

- Si presenta una apelación para que le hagamos un reembolso, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** su apelación y **Medicare** habitualmente cubre el servicio o artículo, enviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si esto ocurre, le enviaremos una carta.

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión y dice que debemos pagarle a usted, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si **Aceptamos** su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor de cuidado de la salud en un plazo no mayor de 60 días calendario.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”. Usted recibirá una carta que le explicará los derechos de apelación adicionales que pueda tener. Para obtener más información sobre los niveles adicionales de apelación, consulte la **Sección J**.

Si **Denegamos** su apelación y STAR+PLUS habitualmente cubre el servicio o artículo, puede presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Para obtener más información, consulte la **Sección F4**.

Sección G Medicamentos de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay unos pocos



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que STAR+PLUS podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez.

Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.

Sección G1 Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan o
 - no apliquemos una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como los límites sobre la cantidad que usted puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que paguemos un medicamento que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.	Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita.	Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya obtuvo y pagó.	Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea.
Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede solicitarnos una decisión de cobertura.	Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)
Comience con la Sección G2 ; luego consulte las Secciones G3 y G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G4 .	Consulte la Sección G5 .

Sección G2 Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deben explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Pedir que cubramos un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o que eliminemos una restricción a un medicamento a veces se dice solicitar una “**excepción al formulario**”.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos**, usted paga el copago que se aplica a los niveles de medicamentos del 2 al 5.
- Usted no puede obtener una excepción al copago requerido por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos** (consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros** para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra preaprobación antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. A veces, a esto se le llama “preautorización (PA)”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones a la cantidad que usted puede obtener.
- Si aceptamos hacer una excepción en su caso y no aplicar una restricción, usted puede solicitar una excepción al copago que debe pagar.

3. Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo. Cada medicamento de nuestra **Lista de Medicamentos** está asignado a uno de cinco niveles de costo compartido (niveles 1 a 5). Por lo general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menor será su copago requerido. El Nivel 1 tiene \$0 de costo compartido.

- Nuestra **Lista de Medicamentos** suele incluir más de un medicamento para tratar una enfermedad específica. Se les llama medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su enfermedad está en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede pedirnos que lo cubramos al costo compartido del medicamento alternativo. Esto podría reducir su copago por el medicamento.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 el medicamento que usted toma es un producto biológico, puede pedirnos que lo cubramos al costo compartido del nivel más bajo para las alternativas del producto biológico para su enfermedad.
- Si el medicamento que usted toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que lo cubramos al costo compartido del nivel más bajo para las alternativas de marca para su enfermedad.
- Si el medicamento que usted toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que lo cubramos al costo compartido del nivel más bajo, ya sea para alternativas de marca o genéricas, para su enfermedad.
- Usted no puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5 (de especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente paga la cantidad más baja.

Sección G3 Información importante sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas.

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra **Lista de Medicamentos** suele incluir más de un medicamento para tratar una enfermedad específica. Se les llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo surte exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general **no** aprobamos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente **no** aprobamos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de menor costo compartido no le surtan el mismo efecto o puedan causarle una reacción adversa u otro daño.

Podemos Aceptar o Denegar su solicitud.

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección G4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al **1-866-944-4983 (TTY 711)**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitar una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de esta **Guía para Miembros**.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo postal. También pueden informarnos al respecto por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo postal.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama “**determinación de cobertura rápida**”.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se vería gravemente afectada si usamos los plazos estándar.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983, 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 su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la concedemos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta, decidimos si se la concedemos.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta para informárselo. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted no obtuvo

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le hacemos un reembolso en un plazo no mayor de 14 días calendario.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Sección G5 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare se llama “**redeterminación**” del plan.

- Para iniciar su **apelación estándar o rápida**, llame al **1-866-944-4983 (TTY 711)**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983, 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 su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama “**redeterminación rápida**”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no recibió, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información, consulte la **Sección G4**.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y analizamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
 - Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si usted no obtuvo el medicamento y si su estado de salud lo requiere. Si cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 no le comunicamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar con la rapidez que requiera su salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos pagarle en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Sección G6 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usa el proceso de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando **Denegamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es “**Entidad de Revisión Independiente (IRE)**”.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones explican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si esta acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la organización **Acepta** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su apelación por el reembolso del costo de un medicamento que usted compró.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide alcanza un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide es menor que el mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es final. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta que le informa cuál es el valor monetario mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple el requisito, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Consulte la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección H Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudan con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar después de dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

Sección H1 Cómo se enterará de sus derechos de Medicare

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregarán un aviso por escrito llamado “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos”. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se les admite en un hospital.

Si usted no recibe el aviso, pídalo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no lo comprende. El aviso le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o la persona que actúe en nombre de usted pueden firmar el aviso.
 - La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información sobre sus derechos. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, obtendrá otra copia antes de ser dado de alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

Sección H2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para pedirnos que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos verifican la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios de Medicare y ayudan a mejorarla. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad – Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia (BFCC-QIO) es Acentra Health. Llame al 1-888-315-0636. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada.

- **Si usted llama antes de dejar el hospital**, puede quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que pague todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Llame al Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) del Departamento de Envejecimiento y Discapacidad de Texas al 1-800-252-9240.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “**revisión rápida**” es “**revisión inmediata**” o “**revisión rápida**”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
 - Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
 - Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta programada. La carta también le explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de alta es médicamente apropiada para usted.
-

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.) También puede consultar un aviso de muestra en Internet en www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

En un plazo no mayor de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
 - Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
-



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 1 **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada.

Sección H3 Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al 1-888-315-0636.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección I Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos

Esta sección solo trata de tres tipos de servicios que usted podría estar recibiendo:

- servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.

Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección I1 Aviso antes de que termine su cobertura

Le enviamos un aviso por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado.

Este aviso se llama “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”. El aviso le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información. El hecho de firmarlo **no** significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.

Sección I2 Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la **Sección K** para obtener más información sobre las quejas.

- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
 - Llame al Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) al 1-800-252-9240.
- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de esta **Guía para Miembros** para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y cómo comunicarse con esta.
 - Pídale que revise su apelación y decida si debería cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación de tramitación rápida”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare” que le enviamos.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. U obtenga una copia en Internet en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación de tramitación rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que termina la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura**”.

- Los revisores le comunican su decisión en un plazo no mayor de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar nuestra parte de los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga de su bolsillo el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios después de la fecha en que termine su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

Sección I3 **Cómo presentar una Apelación de Nivel 2**

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al 1-888-315-0636.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si continúa con el cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunicarán su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Le reembolsamos nuestra parte de los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Proporcionaremos cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Sección J Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

Sección J1 Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que apeló no alcanza un cierto valor monetario mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente sobre su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud para revisar la decisión de una Apelación de Nivel 3 que es favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **Deniega** nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal del Distrito Federal.

Sección J2 Apelaciones adicionales de STAR+PLUS

Si su apelación es sobre servicios o artículos que podrían estar cubiertos por STAR+PLUS, usted también tiene más derechos de apelación. Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

adicionales, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al 1-866-566-8989.

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por el funcionario de Audiencias Imparciales, puede solicitar una Revisión Administrativa en un plazo no mayor de 30 días a partir de la fecha de la decisión.

La carta que usted reciba de la División de Apelaciones de la Comisión de Salud y Servicios Humanos le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Sección J3 Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **Deniega** su apelación o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** la decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal del Distrito Federal.

Sección K Cómo presentar una queja

Sección K1 Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas sobre la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado de la salud y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	• Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Queja	Ejemplo
Respeto a su privacidad	Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	- Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted. - Nuestro personal le trató mal. - Usted piensa que le están forzando a dejar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia en otros idiomas	- Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor. - Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o español). - Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita.
Tiempos de espera	- Usted tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla. - Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.
Limpieza	Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	- Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido. - Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	- Usted piensa que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación. - Usted piensa que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Queja	Ejemplo
	Usted piensa que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.

Hay diferentes clases de quejas. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de la Comisión de Salud y Servicios Humanos al 1-866-566-8989.

El término legal para “queja” es “**queja formal**”.

El término legal para “presentar una queja” es “**presentar una queja formal**”.

Sección K2 Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-866-944-4983** (TTY 711). Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, usted debe presentarla **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que tuvo el problema por el que desea quejarse.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

El término legal para “queja rápida” es “**queja formal rápida**”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo aproximado en el que recibirá la respuesta.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

Sección K3 Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en: es.medicare.gov/my/medicare-complaint. No es necesario que usted presente una queja con nosotros antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está tratando su problema, también puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. La llamada es gratuita.

STAR+PLUS

Una vez que haya pasado por el proceso de queja del plan, puede llamar al número gratuito 1-866-566-8989 para presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas. Si desea presentar su queja por escrito, envíela a la siguiente dirección:

Texas Health and Human Services Commission

Ombudsman Managed Care Assistance Team
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247

Si tiene acceso a Internet, puede presentar su queja en la siguiente dirección:

www.hhs.texas.gov/es/contactenos/quejas-apelaciones/oficina-del-ombudsman-de-hhs

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) si piensa que le han tratado injustamente. Por



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697. Para obtener más información, puede visitar www.hhs.gov/ocr.

Además, puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles local: **1-888-388-6332**.

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA) y ciertas otras leyes. Puede comunicarse con la Oficina de Derechos Civiles de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas por correo electrónico a HHSCivilRightsOffice@hhsc.state.tx.us o por teléfono al 1-888-388-6332.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, colaboramos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Si desea más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de esta **Guía para Miembros**.

En Texas, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad – Cuidado Centrado en el Beneficiario y la Familia se llama Acentra. El número de teléfono de Acentra es el 1-888-315-0636.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo usted puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y STAR+PLUS siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan	251
Sección B	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	252
Sección C	Cómo recibir los servicios de Medicare y de STAR+PLUS por separado.....	252
	Sección C1 Sus servicios de Medicare	252
	Sección C2 Sus servicios de STAR+PLUS	257
Sección D	Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan.....	257
Sección E	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan	258
Sección F	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.....	259
Sección G	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	259
Sección H	Cómo obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan.....	259



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Dado que usted tiene STAR+PLUS, tiene algunas opciones para terminar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- 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 y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho a inscribirse. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Puede 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 STAR+PLUS o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado, o
- recientemente se haya mudado a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos.

Su membresía termina el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan termina el 31 de enero. Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo).

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

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de Medicaid en la **Sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo puede terminar su membresía, puede llamar a:

- Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. También se indica el número para los usuarios de TTY.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP), el Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro.

Sección B Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no eligió un plan aparte de medicamentos de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentar una solicitud por escrito ante nosotros. Comuníquese con Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al 1-877-486-2048. Cuando llame al 1-800-MEDICARE, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la **Sección D**.

Sección C Cómo recibir los servicios de Medicare y de STAR+PLUS por separado

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y de Medicaid si decide dejar nuestro plan.

Sección C1 Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Usted 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 A**. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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 STAR+PLUS en un solo plan. Si elige otro plan de Medicare que también proporcione sus beneficios de STAR+PLUS, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que proporcione sus beneficios de Medicare. No tiene que hacer nada para que esto ocurra. O Puede inscribirse en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE). El Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores está disponible en los Condados de Potter, Randall, El Paso y Lubbock. Si decide inscribirse en un Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, los beneficios incluyen, entre otros, todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare, incluidos los medicamentos con receta. Usted debe recibir todos los servicios para el cuidado de la salud necesarios, incluidos los servicios del médico de cuidado primario y de un especialista (que no sean servicios para emergencias), de la organización del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores o de una entidad autorizada por la organización de dicho programa. Para obtener más información sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, llame al	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. Para obtener información sobre la inscripción y la norma de proveedores del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas al 512-487-3450. Este número le conecta con la Unidad de Normas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores en Texas. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para buscar una oficina del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/es/contactenos/donde-puedo-encontrar-los-servicios. O Inscríbese en un plan que proporcione su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un solo plan. Si se inscribe en un nuevo plan, se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
---	--



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores de Texas al 1-512-487-3450.	
2. Puede cambiarse a: Medicare Original con un plan aparte de medicamentos de Medicare. Si decide pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.	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 (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para buscar una oficina del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/es/contactenos/donde-puedo-encontrar-los-servicios. O Inscríbase en un nuevo plan de medicamentos de Medicare. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan para sus beneficios de Medicare se cancelará automáticamente, pero usted seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

3. Puede cambiarse a: Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare. Si decide pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. No tiene que hacer nada para que esto ocurra. 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 o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para buscar una oficina del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/es/contactenos/donde-puedo-encontrar-los-servicios.	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 (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para buscar una oficina del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/es/contactenos/donde-puedo-encontrar-los-servicios. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente, pero usted seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que hacer nada para que esto ocurra.
---	---

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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. Si elige otro plan de Medicare que también proporcione sus beneficios de STAR+PLUS durante ciertos momentos del año, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que proporcione sus beneficios de Medicare. No tiene que hacer nada para que esto ocurra. Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, durante ciertos momentos del año, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo. En esta situación, si desea cambiar de plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento si se comunica con el Agente de Ventas estatal al 1-877-782-6440 o al TTY: 711, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes.	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. Para obtener información sobre la inscripción y la norma de proveedores del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, puede comunicarse con la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) de Texas al 512-487-3450. Este número le conecta con la Unidad de Normas de Servicios Comunitarios, que supervisa las operaciones del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores en Texas. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora del Centro. En Texas, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas. Para obtener más información o para buscar una oficina del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite www.hhs.texas.gov/es/contactenos/donde-puedo-encontrar-los-servicios. 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. Si elige otro plan de Medicare que también proporcione sus beneficios de STAR+PLUS, no tiene que hacer nada para que su plan STAR+PLUS se alinee automáticamente con su nuevo plan de Medicare. Si decide inscribirse en cualquier otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo
--	---

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

	el mismo. Si desea cambiar su plan STAR+PLUS, puede hacerlo en cualquier momento si se comunica con el Agente de Ventas estatal al 1-877-782-6440 o al TTY: 711, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes.
--	---

Sección C2 Sus servicios de STAR+PLUS

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de STAR+PLUS después de dejar nuestro plan, llame al agente de ventas estatal al 1-877-782-6440 o al TTY: 711, de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan a la cobertura que obtiene de STAR+PLUS.

Sección D Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase cierto tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de Medicaid. Durante este tiempo, usted sigue recibiendo el cuidado de su salud y sus medicamentos a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que termina su membresía en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección E Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan

Debemos terminar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted deja de calificar para Medicaid. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para Medicaid.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a Servicio al Cliente para saber si donde se mudará o viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos.
- Si no es ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos.
 - Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
 - Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
 - Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Podemos obligarle a dejar nuestro plan por los siguientes motivos solamente si recibimos primero el permiso de Medicare y de Medicaid:

- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su UCard de UnitedHealthcare para recibir cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si terminamos su membresía por este motivo.)



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección F Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si usted piensa que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección G Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Además, puede consultar el **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

Sección H Cómo obtener más información sobre cómo terminar su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo terminar su membresía, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de esta **Guía para Miembros**.

Índice

Sección A	Aviso sobre las leyes	262
Sección B	Aviso sobre antidiscriminación	262
Sección C	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y STAR+PLUS como pagador de último recurso	262



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Sección A Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Guía para Miembros**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si esta **Guía para Miembros** no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y STAR+PLUS. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

Sección B Aviso sobre antidiscriminación

No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-537-7697. Para obtener más información, también puede visitar www.hhs.gov/ocr.
- Llame a su Oficina de Derechos Civiles local al 1-888-388-6332.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

Sección C Aviso sobre Medicare como segundo pagador y STAR+PLUS como pagador de último recurso

A veces, un tercero debe pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y normas federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios para el cuidado de la salud prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que STAR+PLUS sea el pagador de último recurso.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Optum Financial[®]

Aviso de privacidad

Mod. 08/2025

Datos	¿Qué hace Optum Bank con su información personal?
¿Por qué?	Las compañías financieras eligen cómo comparten su información personal. La ley federal otorga a los consumidores el derecho a limitar la divulgación de cierta información, pero no toda. La ley federal también nos exige que le informemos a usted cómo recopilamos, compartimos y protegemos su información personal. Lea este aviso detenidamente para entender lo que hacemos.
¿Qué?	Los tipos de información personal que recopilamos y compartimos dependen del producto o servicio que usted tenga con nosotros. Tal información puede incluir: • Identificador de Beneficiario de Medicare o Número de ID de Miembro y saldos de cuenta • Historial de pagos e historial de transacciones • Historial de compras y transacciones de cuentas Cuando usted deja de ser nuestro cliente, seguimos compartiendo su información según se describe en este aviso.
¿Cómo?	Todas las compañías financieras deben compartir la información personal de los miembros para llevar a cabo sus actividades comerciales cotidianas. En la siguiente sección, indicamos los motivos por los que las compañías financieras pueden compartir la información personal de sus miembros, los motivos por los que Optum Bank decide compartir información y si usted puede limitar esta divulgación.

Motivos por los que podemos compartir su información personal	¿Optum Bank comparte información?	¿Usted puede limitar esta divulgación?
Para nuestras actividades comerciales cotidianas — como para procesar sus transacciones, mantener sus cuentas o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales	Sí	No
Para nuestros fines de marketing — para ofrecerle nuestros productos y servicios	Sí	No
Para el marketing conjunto con otras compañías financieras	No	No compartimos
Para los fines comerciales cotidianos de nuestras compañías afiliadas — información sobre sus transacciones y experiencias, que no es usada por las compañías afiliadas para comercializar sus productos con usted	Sí	No
Para los fines comerciales cotidianos de nuestras compañías afiliadas — información sobre su solvencia	No	No compartimos
Para que las compañías afiliadas comercialicen con usted	No	No compartimos
Para que compañías no afiliadas comercialicen con usted	No	No compartimos

¿Tiene preguntas?	Llame al 1-866-234-8913 o visítenos en Internet en optumbank.com .
-------------------	--

Lo que hacemos	
¿Cómo protege Optum Bank mi información personal?	Para proteger su información personal del acceso y el uso no autorizados, usamos medidas de seguridad que cumplen con la ley federal. Estas medidas incluyen protecciones informáticas y archivos y edificios asegurados. También contamos con medidas de seguridad adicionales para proteger su información y limitamos quién puede acceder a ella.
¿Cómo recopila Optum Bank mi información personal?	Recopilamos su información personal, por ejemplo, cuando usted: • Usa su tarjeta de pago o paga una factura • Actualiza su información de contacto También recopilamos su información personal de otros, como compañías afiliadas u otras compañías.
¿Por qué no puedo limitar toda la divulgación?	La ley federal le otorga el derecho a limitar solamente: • La divulgación para los fines comerciales cotidianos de las compañías afiliadas — información sobre su solvencia • Que las compañías afiliadas usen su información para comercializar con usted • La divulgación para que compañías no afiliadas comercialicen con usted Las leyes estatales y las compañías individuales pueden otorgarle derechos adicionales para limitar la divulgación.

Definiciones	
Compañías afiliadas	Compañías relacionadas con propiedad o control conjunto. Pueden ser compañías financieras y no financieras. • Nuestras compañías afiliadas incluyen compañías dentro de UnitedHealth Group y aquellas compañías que comparten el nombre de Optum; compañías financieras como Optum Financial, Inc. y UnitedHealthcare Insurance Company; y compañías no financieras como UHG Print Services.
Compañías no afiliadas	Compañías no relacionadas con propiedad o control conjunto. Pueden ser compañías financieras y no financieras. • Optum Bank no comparte información con compañías no afiliadas para que puedan comercializar con usted.
Marketing conjunto	Un acuerdo formal entre compañías financieras no afiliadas que comercializan conjuntamente productos o servicios financieros con usted. • Optum Bank no participa en ningún marketing conjunto.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda esta **Guía para Miembros**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: Manera en la que usted cuestiona nuestra forma de actuar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. El **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS): Ayudan a mejorar una enfermedad a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un centro de enfermería o a un hospital. Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo incluye servicios en la comunidad y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF).

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que pidió.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o de un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar Intercambiable”).

Biosimilar Intercambiable: Un biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales sobre la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de cuidados para enfermos terminales: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Un pronóstico terminal se refiere a que una persona tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados para enfermos terminales.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados para enfermos terminales en su área geográfica.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de esta **Guía para Miembros** explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa las apelaciones de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.

Coordinador de servicios: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Copago: Cantidad fija que usted paga como su parte del costo cada vez que recibe ciertos servicios o medicamentos. Por ejemplo, podría pagar \$2 o \$5 por un servicio o un medicamento.

Coseguro: Lo que posiblemente tenga que pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 25%), como su parte del costo de servicios o medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible. El coseguro por servicios dentro de la red se basa en las tarifas negociadas contractualmente (cuando están disponibles para el servicio cubierto específico al que se aplica el coseguro) o en el Costo Permitido por Medicare, según nuestros arreglos contractuales para el servicio.

Costo compartido: Lo que usted tiene que pagar cuando recibe ciertos servicios o medicamentos. El costo compartido incluye los copagos.

Costo compartido diario: Tarifa que se puede aplicar cuando su médico le receta un suministro de menos de un mes completo de ciertos medicamentos y usted debe pagar un copago. Un costo compartido diario es el copago dividido por el número de días en un suministro de un mes.

- Por ejemplo: Supongamos que el copago por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) de su medicamento es de \$1.35. Esto significa que lo que usted paga por su medicamento es menos de \$0.05 por cada día. Si obtiene un suministro de 7 días del medicamento, su pago es de menos de \$0.05 por día multiplicado por 7 días, con un pago total de menos de \$0.35.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Cuidado requerido de urgencia: Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o problema de salud imprevisto que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Usted puede recibir cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando, por cuestiones de hora, lugar o circunstancias, no sea posible o no sea razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan y requiera servicios inmediatos médicamente necesarios para un problema imprevisto, pero que no es una emergencia médica).

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Deducible: Lo que usted debe pagar por cuidado de la salud o medicamentos con receta antes de que pague nuestro plan.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de esta **Guía para Miembros** explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o limitación grave de una función corporal (y, si está embarazada, la pérdida de un feto). Los síntomas médicos pueden ser una afección, una lesión, dolor grave o una enfermedad que empeora rápidamente.

Equipo de Coordinación de Servicios: Un equipo de coordinación de servicios puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite. Su equipo de coordinación de servicios también le ayuda a elaborar un plan de servicios.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Estudio de Investigación Clínica: Forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de cuidado médico, por ejemplo, el efecto que surte un nuevo medicamento para tratar el cáncer. Para probar nuevos procedimientos de cuidado médico o medicamentos, piden voluntarios que participen en el estudio. Esta clase de estudio es una de las etapas finales de un proceso de investigación que ayuda a médicos y científicos a determinar si un nuevo método funciona y si es seguro.

Etapas de Cobertura de Gastos Médicos Mayores: Etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D de Medicare en la que nuestro plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el final del año. Usted comienza esta etapa cuando usted (o terceros calificados en nombre de usted) haya gastado \$2,100 por medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año.

Etapas de Cobertura Inicial: Etapa antes de que el total de sus gastos en medicamentos de la Parte D de Medicare alcance los \$2,100. Esto incluye lo que pagó usted, lo que pagó nuestro plan en nombre de usted y el subsidio para personas de bajos ingresos. Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año. Durante esta etapa, pagamos una parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte.

Evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA): Revisión de su historial médico y de su estado actual. Se usa para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC): También se conoce como **Guía para Miembros**. Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional elegida, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Excepción: Tipo de decisión de cobertura que, si es aprobada, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Usted también puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que usted está solicitando, si nuestro plan requiere una preautorización para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de los criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosificación del medicamento que usted está solicitando (una excepción al formulario).

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestro costo compartido del plan por los servicios. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente. Como miembro del plan, usted solamente paga los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios que cubrimos. **No** permitimos que los proveedores le facturen más que esa cantidad.

Farmacia de la red: Farmacia que acordó surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han acordado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo: El requisito de costo compartido para los miembros, que deben pagar una parte de los servicios o los medicamentos que obtienen, también se llama requisito de gastos “de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” indicada anteriormente.

Guía para Miembros y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma enfermedad que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa las apelaciones de Nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos con receta y sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la **Lista de Medicamentos** se le llama “formulario”.

Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un Programa de Administración de Medicamentos. Los servicios de Manejo de Terapias de Medicamentos generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de cuidado de la salud para revisar los medicamentos. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de esta **Guía para Miembros**.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y estatal que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

Medicamento necesarios: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

Medicamento de marca: Medicamento que elabora y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos suelen ser fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas y generalmente no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Medicamento genérico: Medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con y sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas de 65 años en adelante, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes Medicare Advantage a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Beneficiario de Medicare y de Medicaid que califica para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama “personas con elegibilidad doble”.

Nivel de costo compartido: Grupo de medicamentos que tienen el mismo copago. Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos Cubiertos** (también conocida como la **Lista de Medicamentos**) está asignado a uno de cinco niveles de costo compartido. Por lo general, mientras más alto sea el nivel de costo compartido, más alto será el costo de su medicamento.

Niveles de medicamentos: Grupos de medicamentos en nuestra **Lista de Medicamentos**. Por ejemplo, medicamentos genéricos, de marca o sin receta (OTC). Cada medicamento de la **Lista de Medicamentos** está en uno de 5 niveles.

Ombudsman: Oficina de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Usted puede encontrar más información en los **Capítulos 2 y 9** de esta **Guía para Miembros**.

Organización de revisión independiente (independent review organization, IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de Nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es **Entidad de Revisión Independiente**.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal le paga a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Para obtener información sobre la organización para el mejoramiento de la calidad, consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para Miembros**.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún se le podría considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Parte del costo: La parte de sus costos del cuidado de la salud que deberá pagar cada mes antes de que sus beneficios entren en vigencia. La cantidad de su parte del costo varía según sus ingresos y recursos.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados para enfermos terminales.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o un problema de salud. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos de Medicare. Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Período de beneficios: Forma en que Medicare Original cuantifica el uso que usted hace de los servicios de hospitales y de centros de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada. El período de beneficios termina cuando usted no ha recibido ningún cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (ni cuidado especializado en un centro de enfermería especializada) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. Usted debe pagar el deducible por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. El número de períodos de beneficios es ilimitado.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Plan de Servicios: Plan que describe qué servicios usted recibirá y la forma en que los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo.

Plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se les conoce como personas con elegibilidad doble y beneficios completos.

Plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. Nuestro plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble.

Preautorización (prior authorization, PA): Aprobación que usted debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o de usar un proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento.

- Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preautorización.
- Los servicios cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en el **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.
- Nuestro plan cubre algunos medicamentos solamente si usted obtiene nuestra preautorización.
- Los medicamentos cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** y las reglas están publicadas en el sitio web de nuestro plan.

Producto Biológico: Medicamento elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. (Consulte también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Producto Biológico Original: Producto biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Programa Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (“LIS”).

Programa de administración de medicamentos (drug management program, DMP): Programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso.

Programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP): Programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa que cubre los beneficios combinados de Medicare y de Medicaid para las personas de 55 años en adelante que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su domicilio.

Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Programa de salud estructurado para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o de 65 años en adelante. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud y que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable.

- También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y que le refiera a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de cuidado primario



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

antes de usar cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros**.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Les llamamos proveedores de la red cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar una cantidad adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de esta **Guía para Miembros** explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Declaración verbal o escrita en la que usted expresa un problema o una inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad del cuidado que recibió, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”.

Queja formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

Referencia: Aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para usar otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de esta **Guía para Miembros**.

Salud del Comportamiento: Término que engloba todos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Servicio al Cliente: Departamento de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener más información sobre Servicio al Cliente, consulte el **Capítulo 2** de esta **Guía para Miembros**.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Si desea más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el **Capítulo 4** de esta **Guía para Miembros**.

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Servicios preventivos: Cuidado de la salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas antigripales y mamografías de detección).

STAR+PLUS: Nombre del programa de Texas Medicaid. STAR+PLUS es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. El programa ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían de un estado a otro, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”.

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número gratuito **1-866-944-4983**, 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.**

Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP):

 **myUHC.com/CommunityPlan**



Llame al **1-866-944-4983**

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 tiene servicios gratuitos de interpretación de 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



Fax **1-888-950-1169**



Escriba a: **P.O. Box 30769**

Salt Lake City, UT 84130-0769