

# Aviso Anual de Cambios 2027

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



Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**



Visite **myUHC.com/CommunityPlan**



Llame al número gratuito **1-866-944-4983, TTY 711**

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



# Tenga confianza y esté preparado para el próximo año

UnitedHealthcare ha sido la marca Medicare Advantage más elegida de los Estados Unidos por 18 años consecutivos. Su salud y bienestar están en el centro de todo lo que hacemos. Estamos aquí para ayudarle a recibir el cuidado que necesita. Nuestro objetivo es mantener su cobertura a precios económicos y asegurar que su experiencia con Medicare sea más fácil. Mientras que la información detallada del plan puede cambiar cada año, nuestro compromiso con usted se mantiene intacto.

## Los cambios en la industria de Medicare podrían afectar algunos beneficios del plan

Cada año, los planes de Medicare pueden cambiar debido a las normas de la industria y al financiamiento federal. Sabemos que es importante entender qué cambios ocurrirán en el año 2027. Esto puede ayudarle a tomar las mejores decisiones para su salud y presupuesto.

### Lo que cambiará en su plan para el año 2027

Este Aviso Anual de Cambios explica las actualizaciones en su plan 2027. El aviso incluye cualquier cambio en sus costos, beneficios y cobertura. Esto puede ayudarle a decidir si este plan de UnitedHealthcare aún se adapta a sus necesidades.

A continuación, encontrará algunos de los beneficios importantes de su plan 2027:



Su plan todavía tendrá el crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para ayudar con sus necesidades diarias, pero la cantidad cambiará el próximo año. Use sus créditos y recompensas ganadas para comprar miles de productos de venta sin receta cubiertos, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican.



Su plan incluye \$2,500 para servicios dentales preventivos e integrales. Inicie sesión en su sitio web para miembros para obtener más información detallada.



Su plan incluye una asignación de \$200 para servicios para la vista. Puede usarla para comprar un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.

Su plan podría tener otros cambios. Revise el Aviso Anual de Cambios para obtener información detallada completa.

## Nuevo para el año 2027: 2 tarjetas para mayor protección y seguridad

En el año 2027, usted recibirá 2 tarjetas fáciles de usar:

- Su tarjeta de ID de miembro – Úsela en el consultorio médico y la farmacia
- Su UCard® de UnitedHealthcare – Úsela para los beneficios del plan como: los créditos para productos de venta sin receta y recompensas ganadas

Tener tarjetas separadas ayuda a proteger su información de salud personal. También hace que sea más fácil usar sus beneficios. Sus tarjetas llegarán en correspondencias apartes. Asegúrese de que reciba ambas tarjetas.

## Pautas para usar sus créditos para productos de venta sin receta (OTC)

Para seguir usando sus créditos para productos de venta sin receta para pagar alimentos saludables y servicios públicos, se nos exige confirmar que usted tiene una enfermedad crónica que califica y que tiene necesidades de salud complejas. La buena noticia es que ya estamos revisando si usted cumple los requisitos. Pronto, le enviaremos una actualización.

### Cómo prepararse para el próximo año

- ✓ Revise su Aviso Anual de Cambios 2027.  
Visite la página **"Prepare for Next Year" (Prepárese para el Próximo Año)** en su sitio web para miembros o en la aplicación UnitedHealthcare®. Puede consultar cómo ha usado su plan este año y qué puede esperar antes del Período de Inscripción Anual.
- ✓ Recibirá más información de nuestra parte sobre sus beneficios y cobertura para el próximo año.

### Su inscripción se renovará automáticamente

Si este plan todavía satisface sus necesidades, usted no tiene que hacer nada. Su inscripción se renovará automáticamente. Usted seguirá teniendo acceso a la cobertura, los beneficios y el apoyo del plan de UnitedHealthcare en los que hoy confía.

Si ya no le parece que este es el plan más adecuado para usted, comuníquese con nosotros después del 1 de octubre. Le ayudaremos con gusto a explorar otras opciones que satisfagan mejor sus necesidades de cuidado de la salud y su presupuesto

### Gracias por confiar en nosotros para acompañarle en su experiencia con Medicare

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro. También puede comunicarse con su agente de ventas con licencia local, si tiene uno.

Agradecemos su membresía y esperamos poder ayudarle a comenzar el año 2027 de la mejor manera.



Escanee el código QR o visite **uhc.care/covered** para acceder a la página **"Prepare for Next Year"** (Prepárese para el Próximo Año) y si desea más información sobre los cambios en la industria de Medicare y las actualizaciones de la experiencia con el plan.

# Más información disponible en Internet después del 15 de octubre de 2026

El Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) proporciona información importante sobre los cambios en su plan para el próximo año, pero es posible que no incluya todas las actualizaciones.

Para obtener la información más actualizada y completa de su plan, revise los materiales de su plan 2027 en **myUHC.com/CommunityPlan** después del 15 de octubre de 2026.



## Directorio de Proveedores

Confirme que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.



## Directorio de Farmacias

Consulte qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.



## Lista de Medicamentos (Formulario)

Confirme que sus medicamentos estarán cubiertos por su plan el próximo año y revise cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.



## Guía para Miembros

Revise su **Guía para Miembros** 2027 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La **Guía para Miembros** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus derechos y responsabilidades como miembro.

Entendemos que algunos miembros prefieren obtener copias impresas de los materiales de su plan. Llame a o chatee con nuestro Servicio al Cliente, si desea una copia impresa de los materiales de su plan 2027. Con gusto se los enviaremos sin costo para usted.

También puede visitar **myUHC.com/CommunityPlan** para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

## Su inscripción continuará automáticamente

Si todavía este es el plan adecuado para usted, no necesita tomar ninguna medida para seguir inscrito en el plan el próximo año. Su inscripción continuará automáticamente.

# Aviso Anual de Cambios para el Año 2027

## Introducción



### **Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan.**

El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este **Aviso Anual de Cambios** le explica los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Guía para Miembros**, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**.

Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

## Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Puede obtener este **Aviso Anual de Cambios** sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-866-944-4983**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- Para solicitar documentos en su idioma preferido que no sea inglés o en un formato alternativo, nuestros miembros pueden llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La información de los miembros se anotará como una solicitud permanente para futuras correspondencias y comunicaciones, de manera que los miembros no tengan que presentar una solicitud por separado cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente sobre un idioma o formato preferido, comunicarse con Servicio al Cliente para pedir que se actualice su preferencia para futuras comunicaciones.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

## Índice

|                                                                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A. Exenciones de Responsabilidad.....</b>                                                                                                 | <b>5</b>  |
| <b>B. Revisión de su cobertura de Medicare y de STAR+PLUS para el próximo año .....</b>                                                      | <b>5</b>  |
| B1. Información sobre UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).....                                                                           | 5         |
| B2. Cosas importantes que debe hacer .....                                                                                                   | 5         |
| <b>C. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red .....</b>                                                                    | <b>7</b>  |
| <b>D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año.....</b>                                                                    | <b>8</b>  |
| D1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos.....                                                                     | 8         |
| D2. Cambios en la cobertura de medicamentos.....                                                                                             | 12        |
| D3. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial .....                                                                                                | 14        |
| D4. Etapa 2: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores .....                                                                              | 18        |
| <b>E. Cambios administrativos .....</b>                                                                                                      | <b>18</b> |
| <b>F. Cómo elegir un plan .....</b>                                                                                                          | <b>18</b> |
| F1. Cómo seguir en nuestro plan .....                                                                                                        | 18        |
| F2. Cómo cambiar de plan.....                                                                                                                | 18        |
| <b>G. Cómo recibir ayuda .....</b>                                                                                                           | <b>26</b> |
| G1. Nuestro plan .....                                                                                                                       | 26        |
| G2. Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP) de Texas ..... | 26        |
| G3. Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) .....                               | 27        |
| G4. Medicare.....                                                                                                                            | 27        |
| G5. STAR+PLUS .....                                                                                                                          | 28        |
| G6. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare .....                                                                                | 28        |



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

## A. Exenciones de Responsabilidad

UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) es un plan de salud Totalmente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble. El plan tiene un contrato tanto con Medicare como con STAR+PLUS Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. La continuidad de la inscripción depende de la renovación del contrato tanto con Medicare como con Medicaid.

## B. Revisión de su cobertura de Medicare y de STAR+PLUS para el próximo año

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

Si decide dejar nuestro plan, su membresía en Medicare terminará el último día del mes en que realizó su solicitud. Usted seguirá estando inscrito en los programas de Medicare y de STAR+PLUS siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2**.
- Sus opciones de Medicaid y los servicios en la **Sección F2**.

### B1. Información sobre UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)

- UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con STAR+PLUS para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” o “nuestra/s” en este **Aviso Anual de Cambios**, hacen referencia a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).

### B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Revise si hay cambios en nuestros beneficios y costos que puedan afectarle.**
  - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
  - Revise los cambios en los beneficios y costos para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

–Consulte la **Sección D1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- **Revise si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle.**

–¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Están en un nivel de costo compartido diferente? ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá otros cambios, tales como preautorización, terapia escalonada o límites de cantidad?

–Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.

–Consulte la **Sección D2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.

–Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado.

–Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajo que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos anuales de su bolsillo durante todo el año.

–Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinan exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**

–¿Están sus médicos, incluso sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia, es parte de nuestra red? ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores que usted usa?

–Consulte la **Sección C** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

- **Considere los costos generales en el plan.**

–¿Cuáles serán los gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos que usa regularmente?

–¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?

- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

**Si decide seguir en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP):**

Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil—no tiene que hacer nada.

Si no hace ningún cambio, sigue inscrito automáticamente en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) tanto para su cobertura de Medicare como de STAR+PLUS.

**Si decide cambiar de plan:**

Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

Si se cambia a otro plan de Medicare que proporcione su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un solo plan, su plan STAR+PLUS cambiará automáticamente para adaptarse a esa opción.

Si decide cambiarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá siendo el mismo.

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

Lo que usted paga por sus medicamentos depende de la farmacia en que los surte. Nuestro plan cuenta con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura **solamente** si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestras redes de proveedores y farmacias tienen cambios para el año 2027.

**Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2027** para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias son parte de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Tenga en cuenta que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir ayuda.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

## D. Cambios en los beneficios y los costos para el próximo año

### D1. Cambios en los beneficios y los costos de los servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que pagará por estos servicios médicos cubiertos se modificará el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios.

|                                                         | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                     | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidado de emergencia – mundial</b>                  | Con cobertura                                                                                                                                                                                                                       | El cuidado de emergencia, incluso los servicios de ambulancia en situaciones de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tiene cobertura de Medicare Original ni del Plan.<br><br>Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado. |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b>             | Con cobertura                                                                                                                                                                                                                       | Sin cobertura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Servicios para la audición</b><br>Aparatos auditivos | Usted recibe una asignación de \$2,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta o de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cada 2 años.<br><br>Usted paga \$0 de copago.<br><br>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio | Usted recibe una asignación de \$2,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta cada 2 años..<br><br>Usted paga \$0 de copago.<br><br>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.                                                                                                                    |



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Los aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y los aparatos auditivos de entrega a domicilio ya no tienen cobertura.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para los cuidadores y control de peso</b></p> <p><b>Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas</b></p> | <p>\$185 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso.</p> <p>Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos.</p> <p>Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios</p> | <p>\$265 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso.</p> <p>Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos.</p> <p>Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios</p> |



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

|  | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).</p> <p>Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas.</p> <p>Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Los créditos vencen al final de cada mes.</p> | <p>Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).</p> <p>Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas.</p> <p>Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí.</p> <p>Le enviaremos una carta con información sobre su derecho de participación en los beneficios del SSBCI.</p> <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Los créditos vencen al final de cada mes.</p> <p>Puede usar su UCard vigente hasta el 31 de diciembre de 2026.</p> |



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

|                                                     | 2026 (este año)                                                                                                                                                   | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     |                                                                                                                                                                   | <p>Le enviaremos por correo una nueva UCard antes de que comience el nuevo año del plan.</p> <p>Visite <a href="https://member.uhc.com/community/benefits/ssbci">member.uhc.com/community/benefits/ssbci</a> o consulte su Evidencia de Cobertura después del 1 de octubre de 2026 para obtener más información.</p> |
| <b>Referencia</b>                                   | <p>Algunos servicios de la red requieren una referencia para tener cobertura.</p> <p>Revise su Evidencia de Cobertura para obtener más información detallada.</p> | <p>Muy pocos servicios de la red requerirán una referencia para que tengan cobertura.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura.</p>                                                                                                                  |
| <b>Servicios requeridos de urgencia – mundiales</b> | Con cobertura                                                                                                                                                     | <p>Los Servicios Requeridos de Urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tienen cobertura de Medicare Original ni del Plan.</p> <p>Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado.</p>                            |



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

---

## D2. Cambios en la cobertura de medicamentos

---

### Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** también se denomina **Formulario** o **Lista de Medicamentos**. Una copia de nuestra **Lista de Medicamentos** está publicada en Internet en **myUHC.com/CommunityPlan**.

Para obtener la **Lista de Medicamentos** completa, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página o visite nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**.

En nuestra **Lista de Medicamentos** realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente.

Revise la **Lista de Medicamentos** para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si tendrán alguna restricción o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.

La mayoría de los cambios en la **Lista de Medicamentos** son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por Medicare o la Comisión de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Commission, HHSC) que le afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra **Lista de Medicamentos** en Internet, por lo menos mensualmente, para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que usted esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

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

- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento que cubramos.
  - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud para pedir una **Lista de Medicamentos Cubiertos** que tratan la misma enfermedad.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.
- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) y solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento.
  - Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir 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 **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

- ## Cambios en los costos de los medicamentos

Hay dos etapas de pago para su cobertura de medicamentos de la Parte D de Medicare en nuestro plan. Lo que usted paga depende del nivel del programa Ayuda Adicional y de la etapa en que se encuentre cuando surta o resurta una receta. Estas son las dos etapas:

| <b>Etapa 1</b>                                                                                                                                       | <b>Etapa 2</b>                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Etapa de Cobertura Inicial</b>                                                                                                                    | <b>Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>                                                                                                                                                               |
| Durante esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte. Su parte se llama copago. | <p>Durante esta etapa, el plan paga todos los costos de sus medicamentos hasta el 31 de diciembre de 2027.</p> <p>Usted comienza en esta etapa después de pagar una cierta cantidad de gastos de su bolsillo.</p> |

?

**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

Usted comienza en esta etapa cuando surte su primera receta del año.

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo en los medicamentos alcance \$2,400. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Nuestro plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

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

### D3. Etapa 1: Etapa de Cobertura Inicial

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

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

La siguiente tabla muestra los costos de un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con copagos estándar en cada uno de nuestros cinco niveles de medicamentos. Estas cantidades se aplican **únicamente** mientras usted esté en la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte la **Sección D** del **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros**.

|                        | 2026 (este año)                                    | 2027 (próximo año)                                 |
|------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Deducible Anual</b> | \$0<br>(Consulte el documento aparte, la "Cláusula | \$0<br>(Consulte el documento aparte, la "Cláusula |



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

|  | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta:</p> <p>\$615</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta:</p> <p>\$130</p> <p>Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), \$0 por los medicamentos del Nivel 2 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red). Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.</p> |

### Costos de Medicamentos en Etapa 2: Cobertura Inicial

El coseguro es una porción o parte del costo total, generalmente como un porcentaje. Con este plan, usted paga parte del costo de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Por ejemplo, si su coseguro es del 25% y el costo total de su medicamento con receta es de \$100, usted pagaría \$25. El plan paga el resto. Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el deducible; luego, comenzará a pagar el coseguro.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

La tabla muestra el costo por cada medicamento con receta de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búselos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura**.

Una vez que usted haya pagado \$2,400 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores).

|                                                                                                                             | 2026 (este año)                                                                                                                                                                                                                    | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta</b> |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos)</b>                          | Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.60 de copago o</li> <li>• \$5.10 de copago</li> </ul> | Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.65 de copago o</li> <li>• \$5.80 de copago</li> </ul> |



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

|                                                                                                                                | 2026 (este año)                                                                                                                                                      | 2027 (próximo año)                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Por todos los demás medicamentos cubiertos</b>                                                                              | Por todos los medicamentos cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$4.90 de copago o</li> <li>• \$12.65 de copago</li> </ul> | Por todos los medicamentos cubiertos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$5 de copago o</li> <li>• \$14.40 de copago</li> </ul>  |
| <b>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta</b> |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                    |
| <b>Nivel 1 - Genéricos Preferidos</b>                                                                                          | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.                                                                                                                      | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.                                                                                                                    |
| <b>Nivel 2 - Genéricos</b>                                                                                                     | Usted paga 25% del costo total.                                                                                                                                      | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.                                                                                                                    |
| <b>Nivel 3 - De Marca Preferidos</b>                                                                                           | Usted paga 25% del costo total.<br><br>Usted paga 25%, hasta \$35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel <sup>1</sup> .   | Usted paga 25% del costo total.<br><br>Usted paga 25%, hasta \$35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel <sup>1</sup> . |
| <b>Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos</b>                                                                                    | Usted paga 25% del costo total.                                                                                                                                      | Usted paga 25% del costo total.                                                                                                                                    |
| <b>Nivel 5 - De Especialidad</b>                                                                                               | Usted paga 25% del costo total.                                                                                                                                      | Usted paga 31% del costo total.                                                                                                                                    |

<sup>1</sup> En el año 2026, no paga más de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D. En el año 2027, no pagará más de \$35 de copago o 25% del costo total de un medicamento—lo que sea menor—hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0. Usted paga estas cantidades incluso si usted no ha pagado su deducible.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

La Etapa de Cobertura Inicial termina cuando el total de gastos de su bolsillo en los medicamentos alcance **\$2,400**. A partir de ese momento, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. El plan cubre todos los costos de sus medicamentos desde ese momento hasta el final del año. Consulte el **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros** para obtener más información sobre cuánto pagará por los medicamentos.

#### **D4. Etapa 2: Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores**

Cuando usted alcanza el límite de gastos de su bolsillo de **\$2,400** para sus medicamentos, comienza la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted permanece en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores hasta el final del año calendario.

Para obtener más información sobre los costos en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte el **Capítulo 6** de su **Guía para Miembros**.

#### **E. Cambios administrativos**

|                                                       | 2026 (este año)                                                     | 2027 (próximo año)                                         |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Preautorización- Servicios Dentales Integrales</b> | Es posible que su proveedor necesite solicitar una preautorización. | Su proveedor ya no necesita solicitar una preautorización. |

#### **F. Cómo elegir un plan**

##### **F1. Cómo seguir en nuestro plan**

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Usted no tiene que hacer nada para seguir en nuestro plan. A menos que se inscriba en otro plan de Medicare o se cambie a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2027. Si decide seguir en su plan Medicare Advantage actual, su plan STAR+PLUS seguirá igual y no tiene que tomar ninguna medida.

##### **F2. Cómo cambiar de plan**

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene STAR+PLUS, puede terminar su membresía en nuestro plan en cualquier mes del año. Si decide cambiar su plan de Medicare a otro plan de



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

Medicare que le proporcione su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de STAR+PLUS en un solo plan, su plan STAR+PLUS cambiará automáticamente al mismo plan que también proporcione sus beneficios de Medicare. No tiene que tomar ninguna medida para que esto ocurra. Para obtener información adicional sobre cómo cambiar su plan, consulte la tabla a continuación. Además, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

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

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

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

- usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su derecho de participación en STAR+PLUS o en el programa Ayuda Adicional cambió, o
- se mudó recientemente a una institución o actualmente recibe cuidado en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Para obtener información adicional sobre cómo cambiar su plan, consulte la tabla a continuación.

### Sus servicios de Medicare

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



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>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 usted elige otro plan de Medicare que también le proporcione sus beneficios de STAR+PLUS, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que le proporcione sus beneficios de Medicare. No necesita tomar ninguna medida para que esto ocurra.</b></p> <p><b>O</b></p> <p><b>Puede inscribirse en el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, 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 el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, los beneficios incluyen, entre otros, todos los servicios cubiertos por Medicaid y Medicare, incluso medicamentos con receta. Debe recibir todos los servicios para el cuidado de la salud necesarios, incluso los servicios de cuidado primario y de un médico especialista (otros servicios que no sean de emergencia), de la organización del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores o de una entidad autorizada por la organización del Programa de</b></p> | <p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Para consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del Centro. En Texas, el programa SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling &amp; Advocacy Program, HICAP) de Texas. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite <a href="https://hhs.texas.gov/services/health/medicare">https://hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>.</li> </ul> <p><b>O</b></p> <p>Inscríbase 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.</p> <p>Si se inscribe en un nuevo plan, cuando comience su cobertura en nuestro plan de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

---

**Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores.**

**Para obtener más información sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, llame al Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores de Texas al 1-512-487-3450.**



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

**2. Puede cambiarse a:**

**Medicare Original con un plan aparte de medicamentos de Medicare, si tiene un motivo válido para cancelar la inscripción.**

**Si elige pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá igual. No tiene que tomar ninguna medida 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 a.m. a 5 p.m., hora del Centro. En Texas, el programa SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP) de Texas. Para obtener más información o para buscar una oficina local del Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (HICAP) de Texas en su área, visite <https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>.

**O**

Inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare.

Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente para sus beneficios de Medicare, pero usted seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que tomar ninguna medida para que esto ocurra.



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>3. Puede cambiarse a:</b></p> <p><b>Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare</b></p> <p><b>Si elige pasarse a Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá igual. No tiene que tomar ninguna medida para que esto ocurra.</b></p> <p><b>NOTA:</b> 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.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (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 SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling &amp; Advocacy Program, 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 <a href="https://hhs.texas.gov/services/health/medicare">https://hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>.</p> | <p><b>Debe hacer lo siguiente:</b></p> <p>Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame al Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP), 1-800-252-9240, (TTY). Para obtener más información o para buscar una oficina local de SHIP en su área, visite su sitio web en <a href="https://hhs.texas.gov/services/health/medicare">https://hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>.</li> </ul> <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente.</p> <p>En Texas, el programa SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling &amp; Advocacy Program, 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 <a href="http://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare">www.hhs.texas.gov/services/health/medicare</a>.</p> <p>Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente para sus beneficios de Medicare, pero usted seguirá inscrito en nuestro plan STAR+PLUS para sus beneficios de Medicaid. No tiene que tomar ninguna medida para que esto ocurra.</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://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 G2**.

Si usted elige otro plan de Medicare que también le proporcione sus beneficios de STAR+PLUS durante ciertos momentos del año, su plan STAR+PLUS también cambiará al mismo plan que le proporcione sus beneficios de Medicare. No necesita tomar ninguna medida para que esto ocurra. Si decide inscribirse en otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (Medicare Advantage Plan, MAP) o Medicare Original, durante ciertos momentos del año, su plan STAR+PLUS seguirá igual. En esta situación, si desea cambiar su plan STAR+PLUS, puede cambiarlo en cualquier momento al comunicarse con el Agente de Ventas de Texas al 1-800-964-2777, de 8 a.m. a 6 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 consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, llame 1-512-487-3450.

Si necesita ayuda o más información:

- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP) al 1-800-252-9240. En Texas, el programa SHIP se llama Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling & Advocacy Program, 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/services/health/medicare](http://www.hhs.texas.gov/services/health/medicare).

Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en UHC Dual Complete se cancelará automáticamente.

**O**

Inscríbase en un nuevo plan de Medicare.

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

Si usted elige otro plan de Medicare que también le proporcione sus beneficios de STAR+PLUS, no necesita tomar ninguna medida para que su plan STAR+PLUS se alinee automáticamente con su nuevo plan de Medicare.

Si decide inscribirse en otro plan de salud de Medicare, como un Plan Medicare Advantage (MAP) o Medicare Original, su plan STAR+PLUS seguirá igual. Si usted desea cambiar su plan STAR+PLUS, puede cambiarlo en cualquier



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](http://myUHC.com/CommunityPlan)**.

---

|  |                                                                                                                                            |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>momento al comunicarse con el Agente de Ventas de Texas al 1-800-964-2777, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes.</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---



**Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

---

## 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 de Texas al 800-964-2777, de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene del programa STAR+PLUS.

## G. Cómo recibir ayuda

---

### G1. Nuestro plan

---

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

#### Lea su Guía para Miembros

Su **Guía para Miembros** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios para el año 2027. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos que cubrimos.

La **Guía para Miembros** para el año 2027 estará disponible para el 15 de octubre. En nuestro sitio web, **myUHC.com/CommunityPlan**, encontrará una copia actualizada de la **Guía para Miembros**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una **Guía para Miembros** para el año 2027.

#### Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**) y de nuestra **Lista de Medicamentos (Lista de Medicamentos Cubiertos)**.

### G2. Programa de Asesoramiento, Defensa e Información sobre la Salud (Health Information Counseling & Advocacy Program, HICAP) de Texas

---

También puede llamar al programa estatal de asistencia con el seguro de salud (SHIP). En Texas el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP). HICAP puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. HICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. HICAP cuenta con asesores capacitados **en todo el estado** y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de HICAP es 1-800-252-9240, TTY: 711. Para obtener más información o para buscar una oficina local de HICAP en su área, visite <https://hhs.texas.gov/services/health/medicare>.



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **myUHC.com/CommunityPlan**.

---

### **G3. Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS)**

---

La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos ayuda a los miembros de STAR+PLUS a responder preguntas y a presentar quejas sobre los servicios de STAR+PLUS, por ejemplo, servicios de enfermería, modificaciones menores en el domicilio y dispositivos de adaptación.

- Los servicios del ombudsman son gratuitos.
- Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja sobre los servicios de STAR+PLUS y puede explicarle qué hacer.
- La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos puede ayudarle a presentar una queja y puede explicarle sus derechos de apelación con nuestro plan relacionado con los servicios de STAR+PLUS. Puede ayudarle si usted tiene un problema con STAR+PLUS.
- La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes sobre los servicios de STAR+PLUS.
- La Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono de la Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos es 1-800-252-2412.

---

### **G4. Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- Chatee en vivo en [es.medicare.gov/talk-to-someone](https://es.medicare.gov/talk-to-someone)
- Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

#### **Sitio Web de Medicare**

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

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



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

## Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2027**. Esta guía se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

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

## G5. STAR+PLUS

Puede visitar el sitio web de STAR+PLUS para obtener información general sobre los beneficios y servicios que se ofrecen a través del programa, [hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaidchipmembers/starplus](https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaidchipmembers/starplus).

Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan STAR+PLUS y necesita más información sobre cómo inscribirse en otro plan o si su regreso a Medicare Original afecta los servicios que recibe de Medicaid, llame al agente de ventas de Texas al 1-800-964-2777 de 8 a.m. a 6 p.m., hora del Centro, de lunes a viernes.

## G6. 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 le puede ayudar a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre) en pagos mensuales. 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. Si usted participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para seguir participando en el año 2027. Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el total de los gastos de su bolsillo en medicamentos.

El Programa "Ayuda Adicional" de Medicare, el programa estatal de ayuda para medicamentos (state pharmaceutical assistance program, SPAP) de Texas y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, tienen muchas más ventajas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si desea más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov).



**Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983, TTY 711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[myUHC.com/CommunityPlan](https://myUHC.com/CommunityPlan)**.

## Notificación de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (conforme a 45 CFR § 92.101(a)(2)). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo en función de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130  
**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

Optum Civil Rights Coordinator  
1 Optum Circle  
Eden Prairie, MN 55344  
**Optum\_Civil\_Rights@Optum.com**

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

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

En línea: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**  
Teléfono: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)  
Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

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

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



## UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) Servicio al Cliente:



Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**



Visite **myUHC.com/CommunityPlan**



Llame al **1-866-944-4983**

Las llamadas a este número son gratuitas.

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

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

**TTY 711** Las llamadas a este número son gratuitas.

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



Escriba a **UnitedHealthcare Community Plan**

**P.O. Box 30769**

**Salt Lake City, 84130-0769 UT**

### ¿Tenemos su dirección correcta?

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

### **Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)**

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

CSTX27HP0426954\_000