Resumen de Beneficios 2027

UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)
H3868-001-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.
Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **UHC.com/CommunityPlan**

Llame al número gratuito **1-866-944-4983**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

UnitedHealthcare® Dual Complete

H3868_SB_H3868_001_000_2027_M SP

UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP): Resumen de Beneficios 2027

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Guía para Miembros**.

Índice

A. Exenciones de responsabilidad 3

B. Preguntas frecuentes (FAQ) 5

C. Lista de servicios cubiertos 10

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) 27

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni STAR+PLUS 27

F. Sus derechos como miembro del plan 28

G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado 29

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude 30

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

A. Exenciones de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) del **1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027**. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Puede consultar la **Guía para Miembros** en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) es un plan de salud Altamente Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, que 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.

Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual Medicare Y Usted. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov) o solicitarlo por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para obtener más información sobre STAR+PLUS, puede consultar el sitio web del programa de Medicaid STAR+PLUS en hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip/medicaid-chip-members/starplus o comunicarse con la Oficina del Ombudsman del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) al 1-866-566-8989 o al TTY: 800-735-2989, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille, traducciones de idiomas o audio. Llame al **1-866-944-4983** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.

Este documento está disponible sin costo en español.

Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

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

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

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

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

Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar: Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), alimentos y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, revise su **Guía para Miembros**. El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen los criterios del plan que indican que están en alto riesgo de hospitalización y que cumplen los requisitos para la coordinación intensiva del cuidado de la salud. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí. Si usted usa este beneficio para ciertos servicios públicos, podría considerarse ingresos para la asistencia con la vivienda. Consulte con su autoridad de vivienda para obtener información detallada.

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

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

La siguiente tabla contiene preguntas frecuentes (frequently asked questions, FAQ).

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es un Plan integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP)?	Un plan integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) es donde los miembros con elegibilidad doble y beneficios completos recibirán sus servicios tanto de Medicare como de STAR+PLUS a través de una sola organización de cuidado de la salud. Un Plan D-SNP integrado es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Texas Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros. Es para las personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. Un Plan D-SNP integrado es una organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con Coordinadores de Servicios para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.
En UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de STAR+PLUS que recibo ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de STAR+PLUS directamente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP). Trabajará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su equipo de cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), pero puede recibir algunos beneficios de la misma manera que ahora de STAR+PLUS Texas Medicaid. Cuando se inscriba en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), usted y su coordinador de servicios trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo. Durante este período, usted puede seguir usando sus médicos y seguir recibiendo sus servicios actuales durante 90 días o hasta que su Plan de Cuidado esté completo.

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
En UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), ¿recibiré los mismos beneficios de Medicare y de STAR+PLUS que recibo ahora? **(continúa de la página anterior)**	Cuando se inscriba en nuestro plan, si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) normalmente no cubre, usted puede obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Si actualmente está recibiendo servicios para necesidades de salud mental, consumo de sustancias o discapacidad intelectual o del desarrollo, seguirá recibiéndolos de la misma manera que ahora. Cuando se inscriba en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), usted y su equipo de cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo.
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? **(continúa en la página siguiente)**	Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles. • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros son proveedores “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. **Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).** Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos. • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP). • Si es nuevo en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), puede seguir usando los médicos que usa ahora durante 90 días.

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora? **(continúa de la página anterior)**	• Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), llame a Servicio al Cliente para consultar cómo seguir conectado. Para saber si sus médicos están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página o lea el **Directorio de Proveedores y Farmacias** de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en **myUHC.com/CommunityPlan.** Si es nuevo en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.
¿Qué es un Coordinador de Servicios de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)?	Un Coordinador de Servicios de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) es la persona principal con la que debe comunicarse. Esta persona le ayuda a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios, y se asegura de que usted reciba lo que necesite.
¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?	Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo son servicios que ayudan a las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital.
¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?	Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red.
¿Dónde está disponible UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)?	El área de servicio de este plan incluye: Texas: Bexar, Dallas, Harris, Hidalgo. Usted debe vivir en esta área para inscribirse en el plan.

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

Preguntas frecuentes	Respuestas
Qué es una preautorización	Preautorización se refiere a que usted debe obtener una aprobación de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, **antes** de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento. **Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga una preautorización primero.** UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarles a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) antes de que se preste el servicio. Consulte el **Capítulo 3** de la **Guía para Miembros** si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de la **Guía para Miembros** para saber qué servicios requieren una preautorización. Si tiene preguntas sobre si se requiere o no una preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página para recibir ayuda.
¿Qué es una referencia? **(continúa en la página siguiente)**	Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (PCP) debe darle su aprobación para que usted pueda consultar a un profesional que no sea su proveedor de cuidado primario. Una referencia es diferente de una preautorización. Si usted no obtiene una referencia de su proveedor de cuidado primario, es posible que UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) no cubra los servicios. Podemos proporcionarle una lista de los servicios que requieren que usted obtenga una referencia de su proveedor de cuidado primario antes de que se preste el servicio. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una referencia? (continúa de la página anterior)	Consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de la **Guía para Miembros** si desea más información sobre cuándo tendrá que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario.
¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)?	No. Dado que usted tiene STAR+PLUS, no tendrá que pagar ninguna prima mensual, ni siquiera la prima de la Parte B de Medicare, por su cobertura de salud.
¿Debo pagar un deducible?	No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).
¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)?	En UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de $0.

C. Lista de servicios cubiertos

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado hospitalario	Estadía en el hospital como paciente hospitalizado	$0	Excepto en una situación de emergencia, su proveedor de cuidado de la salud debe informar al plan su admisión en el hospital. Nuestro plan cubre un número ilimitado de días para una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	$0	Se necesita una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	$0	Se necesita una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Cuidado de un médico o un cirujano	$0	
Usted quiere consultar a un médico (continúa en la página siguiente)	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted quiere consultar a un médico (continuación)	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	$0	
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	$0	
	Cuidado de especialistas	$0	Se necesita una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario. Requiere una referencia de su médico.
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	$0	Usted puede usar cualquier sala de emergencias, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.
	Cuidado de urgencia	$0	Si usted necesita Servicios para el cuidado de urgencia, primero debe intentar recibirlos de un proveedor de la red. Puede usar cualquier centro de cuidado de urgencia, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios para la audición (continuación)			• La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía • Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita cuidado dental (continúa en la página siguiente)	Exámenes dentales y cuidado preventivo	$0	$2,500 de asignación para todos los servicios dentales cubiertos* $0 de copago por servicios preventivos e integrales cubiertos, como limpiezas, empastes dentales, coronas, puentes y dentaduras postizas • Sin deducible anual • Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes • Posibilidad de consultar a cualquier dentista

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado dental (continuación)	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a nuestro Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
Usted necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a nuestro Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Anteojos o lentes de contacto	$0	El plan paga hasta $200 cada año para la compra de 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto (a través de March Vision). El beneficio no está cubierto fuera de la red
	Otro cuidado de la vista	$0	
Usted necesita servicios de salud mental o del comportamiento	Servicios de salud mental o del comportamiento	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a nuestro Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a nuestro Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.

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

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

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud (continuación)	Transporte a citas y servicios médicos	$0	$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados por su médico en el consultorio, algunos medicamentos orales contra el cáncer y algunos medicamentos que se usan con ciertos equipos médicos. Para obtener más información sobre estos medicamentos, lea la Guía para Miembros.
	Medicamentos de la Parte D de Medicare Nivel 1: Genéricos Preferidos Nivel 2: Genéricos Nivel 3: De Marca Preferidos Nivel 4: Medicamentos No Preferidos Nivel 5: Especializados	$0 de copago por un suministro de 30 días de medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1 Los copagos por medicamentos con receta pueden variar según si está recibiendo el programa Ayuda Adicional. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP). Cobertura de Medicamentos: Suministro de 30 días o de 100 días en una farmacia minorista de la red. (Los miembros que

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)			viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30 días en una farmacia minorista.) Si **no** califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si **califica** para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga: Genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): • $0, $1.65 o $5.80 de copago • Los medicamentos que están en el Nivel 1 siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)			Todos los demás medicamentos: • $0, $5 o $14.40 de copago • Los medicamentos que están en el Nivel 1 siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) Usted no paga más del 25% del costo total de los medicamentos o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos por la Parte D, aunque no haya pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores en la que paga $0. Una vez que usted u otros en nombre de usted hayan pagado $2,400, usted habrá alcanzado la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores y pagará $0 por todos sus medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre esta etapa, lea la **Guía para Miembros**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o situación (continuación)			En farmacias minoristas o farmacias de pedidos por correo, hay suministros extendidos de días disponibles sin costo adicional para usted.
	Medicamentos sin receta (OTC)	$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)**.
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Servicios de diálisis	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Servicios de ortesis	$0	
Usted necesita equipo médico duradero (DME)	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Nebulizadores	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Equipo de oxígeno y suministros	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continúa en la página siguiente)	Servicios de asistencia médica a domicilio	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Servicios quiroprácticos	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Suministros y servicios para la diabetes	$0	Solo cubrimos las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas. Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: Contour Plus Blue, Contour Next EZ, Contour Next Gen, Contour Next One, AccuChek Guide Me y Accu-Chek Guide.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$0	$265 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican • Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y mucho más • Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua embotellada • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General, Target y en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)			• Pague servicios públicos de su domicilio, como electricidad, calefacción, agua e Internet • Reciba apoyo para el bienestar, que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, alivio del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más
	Servicios de prótesis	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Radioterapia	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	$0	
	Telemonitoreo Domiciliario para Ciertas Enfermedades Crónicas	$0	

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Transporte que no es de emergencia	$0	$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección desde o hacia sitios aprobados, como citas relacionadas con el cuidado médico, gimnasios y farmacias
	Artículos de Adaptación y Suministros Médicos	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.
	Terapia de Rehabilitación Cognitiva	$0	
Servicios a Domicilio y en la Comunidad (HCBS) (continúa en la página siguiente)	Relevo del Cuidador (cuidado a corto plazo)	$0	
	Cuidado Temporal para Adultos	$0	
	Asistencia Laboral	$0	
	Servicios de Administración Financiera	$0	
	Programa de Entrega de Comida a Domicilio	$0	
	Modificaciones Menores en el Domicilio	$0	Es posible que se necesite una preautorización. Llame a su Coordinador de Servicios o a su proveedor de cuidado primario.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios a Domicilio y en la Comunidad (HCBS) (continuación)	Terapia de audición	$0	
	Consulta de Apoyo (servicio opcional que ofrece capacitación y asistencia en habilidades prácticas)	$0	
	Servicios de Empleo Asistido (asistencia proporcionada para mantener un empleo competitivo)	$0	
	Servicios de Asistencia de Transición	$0	
Servicios de Community First Choice (CFC) (para los miembros que cumplen los requisitos)	Servicios de Asistencia Personal (PAS)	$0	
	Servicios de Habilitación	$0	
	Servicios de Respuesta ante Emergencias (ERS)	$0	
	Manejo del Apoyo (capacitación para miembros o representantes autorizados sobre cómo manejar y despedir a sus asistentes)	$0	

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

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios de Salud y Actividades Diurnas (DAHS)	Servicios de enfermería y asistencia personal	$0	
	Servicios de extensión terapéutica	$0	
	Servicios de nutrición	$0	
	Servicios de transporte	$0	
	Otros servicios de asistencia personal de apoyo	$0	

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Guía para Miembros** de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP). Si no tiene una **Guía para Miembros**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página para obtener una. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar **myUHC.com/CommunityPlan.**

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare o Medicaid, o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Para saber de otros servicios excluidos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, STAR+PLUS o una Agencia Estatal	Sus costos
Algunos servicios de cuidados para enfermos terminales	$0
Evaluación previa a la admisión y revisión de residentes (PASRR)	$0

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni STAR+PLUS

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

Servicios que no cubre UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid	
Servicios que no se consideren “razonables y necesarios”, según las normas de Medicare y de Texas Medicaid, a menos que nuestro plan indique que estos servicios son servicios cubiertos.	Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que estén cubiertos por Medicare, por un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida, excepto cuando sea médicamente necesario y esté cubierto por Medicare.	Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria.
Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, a menos que sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, el plan cubrirá la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico.	Cuidado quiropráctico, excepto las radiografías de diagnóstico y la manipulación (ajustes) manual de la columna vertebral para corregir desviaciones de acuerdo con las pautas de cobertura de Medicare y de Texas Medicaid.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Guía para Miembros**. Sus derechos incluyen, entre otros, los siguientes:

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

- Recibir los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo o asistencia pública
- Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, braille o en audio) sin cargo
- No ser objeto de ninguna forma de restricción física ni reclusión

Usted tiene derecho a obtener información sobre el cuidado de su salud. Esto incluye información sobre tratamiento y sus opciones de tratamiento. Esta información debería estar en un idioma y en un formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre lo siguiente:

- Descripción de los servicios que cubrimos
- Cómo recibir servicios
- Cuánto le costarán los servicios
- Nombres de proveedores de cuidado de la salud y del coordinador del cuidado de la salud

Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento. Esto incluye el derecho a:

- Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año
- Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
- Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
- Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
- Rehusarse a recibir tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
- Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
- Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
- Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en Instrucciones por Anticipado

Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico. Esto incluye el derecho a:

- Recibir cuidado médico oportunamente
- Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades
- Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud

Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite. Esto significa que tiene derecho a:

- Recibir servicios para emergencias sin una preaprobación (prior approval, PA) en una situación de emergencia.
- Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario

Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad. Esto incluye el derecho a:

- Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
- Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal. No se divulgará ninguna información de salud personal a nadie sin su consentimiento, a menos que lo exija la ley.
- Tener privacidad durante su tratamiento

Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Esto incluye el derecho a:

- Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente de los servicios o artículos de Medicaid que sean de naturaleza médica
- Apelar ciertas decisiones tomadas por nuestros proveedores.
- Solicitar una Audiencia Imparcial Estatal
- Si ha intentado resolver su queja ante UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) y cree que el asunto sigue sin resolverse, puede comunicarse con la Oficina del Ombudsman al 1-866-566-8989 y TTY: 1-800-735-2989.
- Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Guía para Miembros**. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

También puede llamar al Ombudsman especial para las personas que tienen Medicare y Medicaid al 1-866-566-8989, TTY 711, de 8 a.m. a 5 p.m., hora local, de lunes a viernes.

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

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tal vez pueda apelar nuestra decisión.

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

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros.** También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de esta página.

Para presentar quejas/quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department
P.O. Box 6103, MS CA120-0360
Cypress, CA 90630-0023.

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

UnitedHealthcare Part D Appeal and Grievance Department
P.O. Box 6103, MS CA120-0368
Cypress, CA 90630-0023

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

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

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

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) a los números de teléfono que se encuentran al final de esta página.
- O llame a Servicio al Cliente de Medicaid al 1-512-424-6500. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-512-424-6597.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).** Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048.** Usted puede llamar a estos números sin costo**.**

Avísenos si usted cree que un médico, un dentista, un farmacéutico, otros proveedores de cuidado de la salud o un beneficiario están haciendo algo indebido. Podría tratarse de fraude, uso indebido o abuso, lo cual es ilegal. Por ejemplo, avísenos si cree que alguien:

- Está cobrando por servicios que no se prestaron o que no eran necesarios.
- No ha dicho la verdad sobre una enfermedad para recibir tratamiento médico.
- Está permitiendo que otra persona use su ID de Texas Medicaid.
- Está usando la ID de Texas Medicaid de otra persona.
- No está diciendo la verdad sobre la cantidad de dinero o de recursos que tiene para recibir beneficios.

Si tiene preguntas generales o preguntas sobre nuestro plan, los servicios, el área de servicio, la facturación o sus Tarjetas de ID de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP):

Llame al 1-866-944-4983
Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Si tiene preguntas sobre su salud:

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

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

Llame al 1-866-944-4983
Las llamadas a este número son gratuitas. UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY 711

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

Llame al 1-800-690-1606
Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711