Guía de Inscripción 2026

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

H3868-001-000

Área de servicio: Texas - condados de Harris

United Healthcare®
Dual Complete

TX-Y1 Beneficio de Punto de Servicio para servicios dentales solamente
FBDE, QMB+, SLMB+

Independientemente de lo que suceda en el futuro, UnitedHealthcare ofrece cobertura de Medicare en la que puede confiar durante toda su vida

Usted tiene planes. Nosotros también. Los planes de Medicare de UnitedHealthcare ofrecen una cobertura confiable diseñada para apoyar su salud dondequiera que la vida lo lleve. Nuestra amplia red nacional de proveedores incluye médicos y especialistas de todo el país, y 9 de cada 10 miembros de Medicare pueden seguir consultando a los médicos que conocen y en los que confían. Una manera más en la que estamos aquí para apoyar su salud — en todo momento.

Después de todo, es posible que no siempre sepa qué sucederá después, pero puede contar con UnitedHealthcare para que esté a su disposición desde el momento en que elige su plan hasta los momentos más importantes.

Sepa por qué 4 de cada 5 miembros volverían a elegir UnitedHealthcare para su cobertura de Medicare

“Realmente agradezco toda la ayuda que recibí de UnitedHealthcare. UnitedHealthcare es la compañía que mejor se adapta a mis necesidades”.

— **Karen K., Miembro de UnitedHealthcare Medicare Advantage**

“Se necesita una compañía de seguros sólida que brinde respaldo y cubra lo que haya que cubrir, y UnitedHealthcare lo hace”.

— **Mary M., Miembro de UnitedHealthcare Complete Care**

Respuestas de los miembros de Medicare según la encuesta Human8, mayo de 2025.

Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para los beneficiarios de Medicare con cobertura de Medicaid y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita. Y usted tiene acceso a una amplia red de proveedores dentales. Usted también puede recibir cuidado de proveedores dentales fuera de la red, pero sus costos pueden ser más altos, incluso por los servicios con un copago de $0.

Así es como funciona este plan HMO-POS D-SNP

Reciba cuidado de los proveedores dentro de la red o visite proveedores fuera de la red para recibir servicios dentales cubiertos.

Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado. Es requerido por el plan, pero también es muy beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.

$0 por servicios cubiertos cuando se reciben dentro de la red. Consulte el Resumen de Beneficios para saber qué servicios están cubiertos.

Algunos servicios requieren una referencia de su médico. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios.

Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos en cualquier parte del mundo.

Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta. Use siempre farmacias de la red. Es posible que pague más o que pague el costo total de los medicamentos que reciba de farmacias que no están dentro de la red.

Este plan incluye Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI), que les permiten a los miembros que cumplen los requisitos—cuya enfermedad es verificada por su proveedor—utilizar créditos del plan para pagar alimentos saludables y servicios públicos, junto con artículos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y otros productos de apoyo para el bienestar.

Visite **UHC.com/CommunityPlan** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos

H3868_PlanWorks_2026_M SP H3868001000

CSTX26HP0323534_000

Beneficios Importantes

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

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Las cantidades indicadas son dentro de la red y son las que corresponden a quienes, posiblemente, el estado cubra los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Es posible que el costo compartido varíe según sea su categoría de participación en Medicaid. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan	
Si recibe beneficios completos de Medicaid, usted pagará $0 por los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que tenga que pagar copagos bajos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa "Ayuda Adicional" cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar.	
Prima mensual del plan	$0

Beneficios del plan	
Visita al consultorio médico	
Proveedor de cuidado primario (PCP)	$0 de copago
Especialista	$0 de copago (se necesita una referencia)
Visitas virtuales	$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
Servicios preventivos	$0 de copago
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días
Centro de enfermería especializada (SNF) (la estadía debe cumplir con los criterios de cobertura de Medicare)	$0 de copago por día, días 1 a 100
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	$0 de copago

Beneficios del plan	
Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios	
Terapia de grupo	$0 de copago
Terapia individual	$0 de copago
Visitas virtuales	$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	
Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	$0 de copago
Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	$0 de copago
Suministros para el control de la diabetes	$0 de copago para las marcas que tienen cobertura
Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	$0 de copago
Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)	$0 de copago
Servicios de laboratorio	$0 de copago
Radiografías para pacientes ambulatorios	$0 de copago
Ambulancia	$0 de copago por transporte terrestre o aéreo
Cuidado de emergencia	$0 de copago (mundial)
Servicios requeridos de urgencia	$0 de copago (mundial)

Beneficios adicionales del plan	
Examen médico de rutina	$0 de copago, 1 por año

Beneficios adicionales del plan		
Servicios para la audición	Examen de audición de rutina	$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva
	Aparatos auditivos	Una asignación de $2,200 para 2 aparatos auditivos cada 2 años ☐ Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad 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 ☐ 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 que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura
Beneficios dentales de rutina Con cobertura dentro y fuera de la red.	Servicios preventivos e integrales	Una asignación de $2,500 para todos los servicios dentales cubiertos* $0 de copago por los 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
Servicios para la vista	Examen de la vista de rutina	$0 de copago, 1 por cada año
	Artículos para la vista de rutina	$0 de copago El plan paga hasta $200 cada año para 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto

Beneficios adicionales del plan	
Programa de acondicionamiento físico	$0 de copago Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: ☐ Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales ☐ Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios ☐ Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet ☐ Actividades para ejercitar la memoria por Internet
Transporte de rutina	$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados, por ejemplo, a citas médicas, gimnasios y farmacias
Cuidado de los pies - de rutina	$0 de copago, 6 visitas por cada año
Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$185 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para miembros que califiquen ☐ Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más ☐ Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua ☐ Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca ☐ Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet ☐ Obtenga apoyo para el bienestar que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más.
Programa Rewards	Gane hasta $165 en recompensas si usted comienza en enero[Ω]

*Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

Medicamentos con receta	
Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga:	
Deducible	Su deducible es $0
Cobertura Inicial	En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de $2,100, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.
Cobertura de medicamentos	**Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red**
Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	$0, $1.60, o $5.10 de copago Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
Todos los demás medicamentos[1]	$0, $4.90, o $12.65 de copago Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen $0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D por Medicare durante el resto del año del plan.

[1] Usted no paga más del 25% del costo total de un medicamento o $35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0.

Escanee este código para ver su Resumen de Beneficios

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 todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí.

Ω Las ofertas de recompensas de Medicare Advantage pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Al participar en el programa o acceder a los fondos de recompensa, usted acepta las Condiciones de Servicio del Programa de Recompensas que se encuentran a la derecha de la página en myuhcmedicare.com/rewards. Los miembros deben participar entre enero y diciembre para ganar todas las recompensas disponibles. Las recompensas deben ganarse e informarse durante los plazos especificados por el plan. Los plazos están disponibles en myuhcmedicare.com/rewards. Las recompensas solo pueden ser usadas por miembros de planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare para artículos aprobados en comercios participantes y según las leyes vigentes de Medicare. Los fondos de recompensa no se pueden canjear por efectivo, excepto según lo exigido por la ley. Sin acceso a cajeros automáticos. Las recompensas no se pueden usar para comprar artículos o servicios cubiertos por Medicare, incluidos los gastos de su bolsillo para servicios médicos o medicamentos con receta, ni para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego. Las recompensas vencen 1 mes después de que termine su plan Medicare Advantage. Esto no le afecta a usted mientras esté inscrito en su plan actual o si se cambia a otro plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

H3868_MABH_2026_SP_M H3868001000 CSTX26HP0336196_000

Resumen de Beneficios 2026

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.

es.UHCCommunityPlan.com

Número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

United Healthcare®
Dual Complete

H3868_001_000_SB_2026_M SP

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 6

C. Lista de servicios cubiertos 10

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) 24

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni Medicaid 24

F. Sus derechos como miembro del plan 25

G. Cómo presentar una queja o una apelación de un servicio denegado 27

H. Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude 27

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

A. Exenciones de responsabilidad

Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) para 2026. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Guía para Miembros**. Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- Con UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), usted puede recibir sus servicios de Medicare y de Texas Medicaid en un solo plan de salud. Un Coordinador de Servicios de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) le ayudará a manejar sus necesidades de cuidado de la salud.
- 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 por teléfono al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2989**, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.
- Esta no es una lista completa. La información sobre los beneficios es un breve resumen; no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan o lea la **Guía para Miembros**.
- Ni Medicare ni Texas Medicaid han revisado ni avalado esta información.
- Se pueden aplicar limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) o lea la Guía para Miembros de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP).
- Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área.
- La Lista de Medicamentos Cubiertos o las redes de proveedores y farmacias pueden cambiar durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer un cambio que le afecte.
- Los beneficios o los copagos pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- 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.
- Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para pedir ayuda, llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro del plan de salud, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.
- 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 **866-566-8989** o TTY: **800-735-2989**, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia en otros idiomas, sin cargo, a su disposición. Llame al **1-866-944-4983** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the toll-free phone number listed on your member ID card.
- XIN LƯUÝ:Nếu quý vị nói tiếng Việt (Vietnamese), quý vị sẽ được cung cấp dịch vụ trợ giúp về ngôn ngữ miễn phí. Vui lòng gọi số điện thoại miễn phí ở mặt sau thẻ hội viên của quý vị.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame al **1-866-944-4983** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita.
- Este documento está disponible sin costo en español.
- Puede llamar a Servicio al Cliente y pedirnos que anotemos en nuestro sistema que desea recibir los materiales en español, en letra grande, braille o en audio a partir de ahora.
- Los proveedores no contratados o fuera de la red no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.
- 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. 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.

UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Aparatos auditivos

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local.

Las garantías de los aparatos auditivos sin receta, si las hay, varían según el aparato y se gestionan a través del fabricante. Se puede aplicar una tarifa profesional por única vez a los aparatos auditivos con receta.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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. La red de proveedores puede variar en el mercado local. El tamaño de la red dental se basa en Zelis Network360, mayo de 2023.

Programa de acondicionamiento físico

El beneficio de acondicionamiento físico y su red de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. No todos los planes ofrecen acceso a centros de primera categoría. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.

Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar

Los beneficios de productos de venta sin receta, alimentos y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC). 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 todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Ciertos servicios de apoyo para el bienestar son prestados por terceros no afiliados a UnitedHealthcare y la participación podría estar sujeta a su aceptación de las condiciones y normas respectivas de los terceros. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados por terceros.

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 Medicaid 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 Texas Medicaid que recibo ahora?	Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de Texas Medicaid 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 Coordinador de Servicios. 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 equipo de coordinación 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, cuando se inscribe en nuestro plan, está tomando algún medicamento 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. Le ayudaremos a obtener otro medicamento o una excepción para que UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento, si es médicamente necesario.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Puedo usar los mismos médicos que uso ahora?	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 están "dentro de la red". Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. **Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete 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 actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de nuestra red o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de nuestra red, 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 **es.UHCCommunityPlan.com**. Si es nuevo en UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Servicio Individual 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué son los apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)?	Los apoyos y servicios a largo plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, 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 cuierto 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: el condado de Harris, Texas. Usted debe vivir en esta área para inscribirse en el plan.
¿Qué es una preautorización?	Preautorización se refiere a 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

Preguntas frecuentes	Respuestas
¿Qué es una referencia?	Una referencia significa que su proveedor de cuidado primario (primary care provider, 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 no cubramos 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. Consulte 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 Medicaid, 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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	Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. 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 en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso observación	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios de un centro de cirugía ambulatoria (ASC)	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Cuidado de un médico o un cirujano	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Visitas de bienestar, como un examen médico	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	"Bienvenido a Medicare" (visita preventiva solo por única vez)	$0	
	Cuidado de especialistas	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	$0	Cobertura de emergencias en todo el mundo. Usted puede usar cualquier sala de emergencias, aunque esté fuera de la red y sin necesidad de una autorización.
	Cuidado de urgencia	$0	Cobertura de urgencias en todo el mundo. 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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 su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita servicios para la audición	Exámenes de audición	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	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 • 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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	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 Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios preventivos e integrales	$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
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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 la vista	Exámenes de la vista	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	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.
	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 su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
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 (skilled nursing facility, SNF). Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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 terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Servicios de ambulancia Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.	$0	$0 de copago por transporte terrestre $0 de copago por transporte aéreo Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Transporte de emergencia	$0	
	Transporte a citas y servicios médicos	$0	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 afección (continúa en la página siguiente)	Medicamentos de la Parte B de Medicare	$0	Los medicamentos de la Parte B incluyen medicamentos administrados en el consultorio médico, 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. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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 proceso (continuación)	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: De Especialidad	$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 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 (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare indicado 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, $1.60 o $5.10 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)

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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 proceso (continuación)			Todos los demás medicamentos: • $0, $4.90 o $12.65 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 $2,100, 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**. 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)**.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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 recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios de diálisis	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios de ortesis	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Usted necesita equipo médico duradero (DME)	Sillas de ruedas, muletas y andadores	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Nebulizadores	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Equipo de oxígeno y suministros	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Problema o necesidad de salud	Servicios que podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio	Servicios de asistencia médica a domicilio	$0	Requiere una referencia de su médico. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	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 su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	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, Accu-Chek Guide Me y Accu-Chek Guide. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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)	Productos de venta sin receta, alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar	$185 de crédito mensual 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, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca 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, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más	
	Servicios de prótesis	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Radioterapia	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	$0	
	Telemonitorización Domiciliaria para Ciertas Enfermedades Crónicas	$0	
	Transporte que no es de emergencia	$0	36 viajes en una sola dirección/ sitios aprobados por el plan

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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)	Artículos de Adaptación y Suministros Médicos	$0	Es posible que su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	Terapia de Rehabilitación Cognitiva	$0	
	Programa de acondicionamiento físico	$0	$0 Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye: • Membresía gratuita a un gimnasio en centros principales • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet • Actividades en Internet para ejercitar la memoria

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)	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 su proveedor deba obtener una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.
	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	

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 Community First Choice (CFC) (para 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	
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 **es.UHCCommunityPlan.com**.

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, Medicaid o una agencia estatal o del condado. Esta no es una lista completa. Para saber de estos servicios, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de esta página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, Medicaid 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 Medicaid

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 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, salvo cuando 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

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:
  - Obtener 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, 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 de servicios.
- **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 (PCP) y cambiarle en cualquier momento del 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 al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario.
  - Dejar de tomar medicamentos.
  - 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

- **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.
  - 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 Medicaid de servicios o artículos 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.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer el **Capítulo 9** de la **Guía para Miembros** de UHC Dual Complete TXY1 (HMO-POS D-SNP). 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.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

G. Cómo presentar una queja o apelar 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 esta página. Tal vez pueda apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la Guía para Miembros de UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP). 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.

Además, puede escribirnos una carta sobre su queja formal (queja) o apelación.

Para presentar quejas/quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Community Plan
A/A: Complaint and Appeals Department
P.O. Box 6103 MS CA120-0360
Cypress, CA 90630

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

UnitedHealthcare Community Plan
A/A: Part D/Texas Medicaid Standard Appeals
P.O. Box 6103 MS CA120-0368
Cypress, CA 90630

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). Los números de teléfono 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:

- Ha recibido un pago por servicios que no se prestaron o que no eran necesarios.
- No ha dicho la verdad sobre una condición médica para obtener tratamiento médico.
- Ha permitido que otra persona use su ID de Texas Medicaid.
- Ha usado 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, llame a UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) al **1-866-944-4983** (TTY **7-1-1**), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **es.UHCCommunityPlan.com**.

CSTX26HP0320041_000

Recursos útiles

Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos y recursos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si usted califica para el programa Ayuda Adicional, llame a:

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778** o visite **ssa.gov/espanol/**
- Su oficina estatal de Medicaid o visite **medicaid.gov**

Recursos para cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo para nuestros miembros y las personas que les cuidan. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame, o bien visite **uhc.com/caregiving**.

Medicare Explicado

Medicare Explicado es un programa educativo de UnitedHealthcare diseñado para ayudarle a aprender sobre Medicare, de modo que usted pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.

MedicareMadeClear.com

Y0066_HELPRES_2026_C SP

UHEX26HM0327206_001

Antes de inscribirse

Es importante que entienda este Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Special Needs Plan, D-SNP) y qué beneficios están cubiertos. Puede encontrar la Lista de Medicamentos, los directorios de Proveedores y Farmacias, la Evidencia de Cobertura y mucho más en **UHC.com/CommunityPlan**.

¿Están cubiertos sus medicamentos? Consulte la Lista de Medicamentos (Formulario) para asegurarse.
Los medicamentos que no están cubiertos por el plan se podrían reemplazar por medicamentos alternativos cubiertos.

¿Están sus proveedores dentro de la red?
Si sus proveedores no están dentro de la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red. Usted también tiene acceso a una amplia red de proveedores dentales. Puede recibir cuidado de proveedores dentales fuera de la red, pero sus costos pueden ser más altos, incluso por los servicios con un copago de $0.

¿Su farmacia está dentro de la red?
Si su farmacia no está dentro de la red, tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.

¿Revisó el Resumen de Beneficios?
Estos son solo algunos de los beneficios cubiertos por el plan. Puede encontrar una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan en la Evidencia de Cobertura en Internet.

Usted cumple los requisitos para inscribirse si:

Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original

Recibe beneficios de Medicaid del estado

Vive en el área de servicio del plan

Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, puede elegir entre varias opciones. Primero, necesitará tener a mano su tarjeta de Medicare, independientemente de la opción que elija.

En internet

Visite **UHC.com/CommunityPlan** o escanee el código a continuación para inscribirse en Internet. Luego, siga estos simples pasos:

1. Ingrese su código postal
2. Navegue hasta la sección **Medicare Advantage**
3. Busque el plan **UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP)** y elija el botón "**Enroll" (Inscribirse)**
4. Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón **"Chat now"** (Conversar ahora) para comunicarse con uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia.

Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o programar una cita con un agente en su área.

Si ya tiene un agente, el agente puede revisar este plan con usted para asegurarse de que satisfaga sus necesidades antes de ayudarle a inscribirse.

Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O envíenos una Solicitud de Inscripción llenada. Si usted tiene una enfermedad que califica, llene el Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales para usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para pagar alimentos saludables y servicios públicos.

Escanee este código para inscribirse en Internet

¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, puede confiar en que UnitedHealthcare le apoyará en todo momento. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare hace que ahora sea más fácil que nunca abrir las puertas a todo lo que su plan Medicare Advantage tiene para ofrecer.

Usted está aquí
Inscripción enviada

Descargue la aplicación o cree su cuenta en Internet

Su UCard llega por correo postal – recuerde activarla

¡Comienza su cobertura! Empiece a usar su plan

Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en **myUHC.com/CommunityPlan**. En Internet, usted puede:

- Consultar el estado de su inscripción
- Buscar proveedores de la red y farmacias de la red y ver documentos del plan, como su Lista de Medicamentos (Formulario) y Evidencia de Cobertura
- Responder su evaluación de salud

Use su UCard cuando

- Visite a un proveedor o surta una receta
- Pague productos de venta sin receta y más – incluso alimentos saludables y servicios públicos si califica. (Verificaremos con su médico su enfermedad que califica y le enviaremos una carta con los próximos pasos)
- Gaste sus recompensas ganadas
- Se registre en el gimnasio

Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Revise los saldos de la UCard

Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame al número que se encuentra en su UCard.

H3868_WTEA_2026_M SP

CSTX26HP0329743_000

Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Agentes de Ventas usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Agente de Ventas (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

- ☐ Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos
- ☐ Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)
- ☐ Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)
- ☐ Productos dentales, de la vista o de la audición
- ☐ Productos de indemnización hospitalaria

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Agente de Ventas es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario no afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, no le inscribe en un plan de Medicare ni le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma del beneficiario/representante autorizado	**Fecha de hoy**
_____	MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)	Relación con el beneficiario

El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Agente de Ventas (nombre y apellidos)	Teléfono del Agente de Ventas – –	ID del Agente de Ventas
Nombre del beneficiario (nombre y apellidos)	Teléfono del beneficiario – –	Fecha en que se realizará la cita MM - DD - YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial	Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

_____

Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud-punto de servicio (HMO-POS) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas enfermedades crónicas.

Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

Plan de costos de Medicare — En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y deducibles de Medicare.

Plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos planes privados de tarifa por servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

Otros productos relacionados

Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

Productos dentales, de la vista o de la audición — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Productos de indemnización hospitalaria — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

Formulario de Verificación de Beneficios Adicionales

Para recibir su beneficio de alimentos saludables y servicios públicos, debemos verificar sus enfermedades que califican. Después de llenar este formulario, devuélvalo junto con la solicitud de inscripción de su plan. **No** le lleve este formulario a su médico tratante.

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **ID de Medicare:** _____

Enfermedades que califican

Marque las enfermedades que usted tiene:

- ☐ Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2)
- ☐ Enfermedades cardiovasculares
- ☐ Insuficiencia cardíaca crónica
- ☐ Hipertensión crónica (presión arterial alta crónica)
- ☐ Hiperlipidemia crónica (colesterol alto crónico)
- ☐ Trastornos autoinmunitarios
- ☐ Cáncer
- ☐ Trastorno por consumo de alcohol crónico y otros trastornos por consumo de sustancias (substance use disorders, SUD)
- ☐ Enfermedad gastrointestinal crónica
- ☐ Enfermedad renal crónica (chronic kidney disease, CKD)
- ☐ Trastornos pulmonares crónicos
- ☐ Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes
- ☐ Demencia
- ☐ VIH/SIDA
- ☐ Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores
- ☐ Miastenia grave/Trastornos mioneurales y síndrome de Guillain-Barré/Neuropatía inflamatoria y tóxica
- ☐ Trastornos neurológicos
- ☐ Sobrepeso, obesidad y síndrome metabólico
- ☐ Cuidado posterior al trasplante de órganos
- ☐ Trastornos hematológicos graves
- ☐ Derrame cerebral
- ☐ Enfermedades asociadas con el deterioro cognitivo
- ☐ Enfermedades con dificultades funcionales y que requieren servicios similares, que incluyen lesiones en la médula espinal, parálisis, pérdida de extremidades, derrame cerebral y artritis

Información sobre el médico tratante

Nombre completo		N.º de teléfono
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de fax	Dirección de correo electrónico	

N.º de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (de 10 a 12 dígitos sin guiones)

Si usted no tiene toda esta información, puede llenar el nombre completo y el número de Identificador Nacional de Proveedor de su médico tratante (exactamente como se encuentra en el Directorio de Proveedores o en Internet).

¿Ha consultado a este proveedor en los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No

Autorización para divulgar información

Al llenar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de información de salud individualmente identificable, según se establece a continuación, de acuerdo con las leyes federales.

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria;
- Mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, incluidos los proveedores de cuidado de la salud, y también puede contener información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud;
- No me pueden denegar el tratamiento, el pago de servicios para el cuidado de la salud, ni la inscripción o los requisitos de participación para recibir beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario;
- Una vez que se haya compartido mi información de salud, la persona u organización que la recibe puede volver a compartirla. Si el receptor no es un plan de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, la información ya no podrá estar protegida por las leyes federales de privacidad; y
- Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación a UnitedHealthcare por escrito; sin embargo, la revocación no afectará a ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación.

Quién puede recibir y divulgar mi información:

Autorizo a las subsidiarias de UnitedHealth Group y a sus compañías afiliadas a recibir o divulgar mi información de salud individualmente identificable entre sí.

Tipo de información que se divulgará:

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud.

Finalidad de la divulgación:

Mi información de salud se divulga para verificar que califico para recibir el beneficio de alimentos saludables y servicios públicos o para verificar mi diagnóstico de una enfermedad crónica cubierta.

Firma del solicitante **Fecha**

Firma del testigo (Solo para residentes de Illinois)	Fecha

Tenga en cuenta: Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe llenar los campos de la siguiente página y adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

Tutor o Representante:

Nombre	N.º de teléfono
Dirección	

Ciudad	Estado	Código postal
Firma del tutor o representante		Fecha

Solo para residentes de California y Georgia: Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

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 todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

United Healthcare Dual Complete

Solicitud de Inscripción 2026

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

Datos del miembro (escriba a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino
N.º de teléfono residencial ( ) —	N.º de teléfono móvil ( ) —

Puede mantenerse al día con su plan y su salud con llamadas oportunas y útiles.

☐ Marque esta casilla para autorizar la recepción de llamadas mediante marcación automática/ tecnología de voz artificial o pregrabada. Puede cambiar su preferencia en cualquier momento.

N.º del Seguro Social (requerido para las personas que se inscriben en planes D-SNP [con elegibilidad doble]): __ __ __ - __ __ - __ __ __ __

N.º de Medicare

Dirección de residencia permanente **(No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente)**

Ciudad	Condado	Estado	Código postal

Dirección postal **(Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)**

Ciudad	Estado	Código postal

Dirección de correo electrónico

Recibirá cierta información del plan, como su Explicación de Beneficios y Aviso Anual de Cambios, por vía electrónica (más rápido que por correo postal). Cuando los nuevos documentos estén listos para revisarlos en Internet, le avisaremos por correo electrónico.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

☐ Marque aquí si prefiere recibir copias impresas por correo postal. Puede cambiar su preferencia de entrega en cualquier momento.

¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta? ☐ Sí ☐ No

(Por ejemplo: Otro seguro privado, TRICARE, cobertura de empleados federales, beneficios para Veteranos o programas estatales.)

Si respondió **sí**, proporcione los siguientes datos:

Nombre del otro seguro			
N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)

Responder a estas preguntas es su decisión. No se le denegará cobertura si decide no responderlas.

¿Qué métodos de pago desea usar?

Si usted tiene una prima mensual del plan (incluso cualquier multa por inscripción tardía que adeude), puede pagar la prima mediante la deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o de la Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) cada mes. También puede pagar desde una cuenta bancaria a través de una Transferencia Electrónica de Fondos (Electronic Funds Transfer, EFT)*.

Si no elige un método de pago a continuación, recibirá una factura cada mes en su dirección postal.

Si usted debe pagar el Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D (Part D-Income Related Monthly Adjustment Amount, Part D-IRMAA), el Seguro Social (Social Security, SS) le enviará una carta y le preguntará cómo desea pagarlo:

- ☐ Con el cheque del Seguro Social
- ☐ Factura de parte de Medicare
- ☐ Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago con el cheque del Seguro Social

☐ Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

☐ Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: _____

N.º de ruta bancaria __/__/__/__/__/__/__/__/__

N.º de cuenta bancaria__/__/__/__/__/__/__/__/__/__

*Los miembros inscritos en el programa de Transferencia Electrónica de Fondos deben aceptar las siguientes condiciones: Mi banco puede pagar a UnitedHealthcare Insurance Company los nuevos cargos desde mi cuenta bancaria, que pueden incluir hasta $200.00 de los cargos

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

retroactivos actuales más la prima mensual. Si decido dejar de realizar pagos mediante Transferencia Electrónica de Fondos, comunicaré esta decisión tanto a UHC como a mi banco. Entiendo que podría llevar de 1 a 2 meses procesar el cambio.

Su respuesta a las siguientes preguntas nos ayudará a administrar mejor el plan

1. ¿Qué idioma o formato accesible prefiere para recibir información del plan en el futuro?

☐ Inglés ☐ Español

☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Otro _____

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHC.com/CommunityPlan** para recibir ayuda por Internet. **Si no elige ninguna opción, recibirá la información del plan en inglés.**

2. ¿Está inscrito en el programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, indique su n.º de Medicaid: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

3. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?
(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura del Seguro por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)
☐ Sí ☐ No
Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

4. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.

Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario:	(Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.)

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor? ☐ Sí ☐ No

Nombre del miembro _____
Nombre/N.º de ID del agente _____

Lea y firme

Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

- Debo mantener la cobertura hospitalaria (Parte A) y la cobertura médica (Parte B) para seguir inscrito en UnitedHealthcare. Debo seguir pagando la prima de la Parte B, de haberla, a menos que la pague Medicaid o un tercero.
- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están cubiertos por Medicare mientras están fuera del país, excepto por una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos. Este plan cubre el cuidado de emergencia y de urgencia fuera de los Estados Unidos. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información.
- Entiendo que cuando comience mi cobertura de UnitedHealthcare, debo recibir todos mis beneficios médicos y beneficios de medicamentos con receta de UnitedHealthcare. Los beneficios y servicios autorizados por UnitedHealthcare y contenidos en mi documento "Evidencia de Cobertura" de UnitedHealthcare (también conocido como contrato del miembro o convenio del suscriptor) estarán cubiertos. Ni Medicare ni UnitedHealthcare pagarán beneficios o servicios que no están cubiertos.
- Entiendo que solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage (MA) a la vez – y que la inscripción en este plan automáticamente terminará mi inscripción en cualquier otro plan MA (se aplican excepciones para los planes MA Privados de Tarifa por Servicio (Private Fee-for-Service, PFFS), MA de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare).
- **Divulgación de información:** Al inscribirme en este Plan Medicare Advantage, reconozco que el plan compartirá mi información con Medicare, que puede utilizarla para realizar un seguimiento de mi inscripción, hacer pagos y para otros fines permitidos por la ley federal que autoriza la recopilación de esta información (consulte la Declaración de la Ley de Privacidad a continuación).
- Autorizo a UnitedHealthcare para que comparta mi información de salud protegida con organizaciones o personas con fines permisibles conforme a la ley vigente según sea necesario para administrar mi plan de salud.
- La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

Al firmar a continuación, significa que he leído y entendido la información de esta solicitud

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

Firma del solicitante/miembro/representante autorizado **Fecha de hoy**

_____

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes Datos (*No un Agente de Ventas)

Apellidos	Nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
N.º de teléfono ( ) –	Relación con el solicitante	

Para las Personas que ayudan al miembro a llenar este formulario únicamente

Llene esta sección si usted es una persona (es decir, agentes de seguros, asesores del programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud [State Health Insurance Assistance Program, SHIP], familiares u otros terceros) que ayuda a un miembro a llenar este formulario.

Nombre	Relación con el miembro
Firma	Número de Proveedor Nacional (agentes/ agentes de seguros únicamente)

Para uso exclusivo de la agencia/del Representante de Ventas con Licencia

ID del sistema/representante de ventas con licencia	Fecha de recepción inicial
Nombre del agente/representante de ventas con licencia	Fecha de vigencia propuesta
Nombre del grupo del empleador	
ID del grupo del empleador	ID de sucursal

Para ser llenado por el agente de ventas

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

H3868_ERF_2026_C SP CSTX26HP0322692_000

☐ IEP (miembros de MA-PD)	☐ ICEP (miembros de MA)	☐ IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP)	☐ OEP (1 de enero a 31 de marzo)
☐ OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos)	☐ SEP (LIS doble con cambio de estatus)	☐ SEP (cambio de residencia)	☐ SEP (pérdida de la cobertura de EGHP)
☐ SEP (enfermedad crónica)	☐ SEP (LIS doble sin cambio de estatus)	☐ AEP (15 de octubre a 7 de diciembre)	☐ OEPI

☐ SEP (razón del Período de Elección Especial) _____

Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional) **Fecha**

Una vez llenada esta solicitud, envíela por correo postal o fax a:

UnitedHealthcare
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769
Fax: 1-888-950-1169
Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada hoja

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) recopilan información de los planes de Medicare para llevar un registro de la inscripción de beneficiarios en Planes Medicare Advantage (MA) o en Planes de Medicamentos con Receta (Prescription Drug Plans, PDP), para mejorar el cuidado de la salud y para el pago de beneficios de Medicare. Las Secciones 1851 y 1860D-1 de la Ley del Seguro Social y las Secciones 422.50, 422.60, 423.30 y 423.32 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR) 42 autorizan la recopilación de esta información. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid pueden usar, divulgar e intercambiar datos de inscripción de beneficiarios de Medicare según lo especificado en el Aviso del Sistema de Registros (System of Records Notice, SORN) “Medicamentos con Receta de Medicare Advantage (Medicare Advantage Prescription Drug, MARx)”, sistema número 09-70-0588. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

UHC Dual Complete TX-Y1 (HMO-POS D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

N.º de OMB 0938-1378
Vence: 12/31/2026
H3868_ERF_2026_C SP CSTX26HP0322692_000

Lista de Verificación de Inscripción

Antes de tomar una decisión sobre la inscripción, es importante que comprenda plenamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar para hablar con un Representante de Servicio al Cliente al número que se encuentra en la contraportada de esta guía.

Explicación de los beneficios

- ✔ La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de todos los servicios y su cobertura. Es importante que revise la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite el sitio web de nuestro plan o llame para ver una copia de la Evidencia de Cobertura. Nuestro número de teléfono y sitio web se encuentran en la contraportada de esta guía.
- ✔ Revise el Directorio de Proveedores (o pregúntele a su médico) para asegurarse de que los médicos que consulta actualmente estén dentro de la red. Si no están en la lista, significa que probablemente tendrá que elegir un nuevo médico.
- ✔ Revise el Directorio de Farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento con receta esté dentro de la red. Si la farmacia no aparece en la lista, usted probablemente tendrá que elegir otra farmacia para sus medicamentos con receta.
- ✔ Revise el Formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Explicación de reglas importantes

- ✔ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare a menos que la pague Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✔ Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✔ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Consulte la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios fuera de la red están cubiertos por este plan. Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle el cuidado.
- ✔ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.

✔ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

Recibo de inscripción 2026

Para ser llenado solamente si se inscribe con un Representante de Ventas con Licencia.

Use este recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard®. Este recibo no es garantía de inscripción.
Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.

Solicitante 1:	**Solicitante 2 (si corresponde):**
Nombre	Nombre
Fecha de solicitud	Fecha de solicitud
Fecha de vigencia propuesta	Fecha de vigencia propuesta
Nombre del plan	Nombre del plan
Tipo de plan	Tipo de plan
Plan de salud/N.º de PBP	Plan de salud/N.º de PBP
N.º de registro de inscripción (si corresponde)	N.º de registro de inscripción (si corresponde)

Si tiene alguna pregunta, llame a su Representante de Ventas con Licencia:

Nombre y n.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

RxBIN: 610097

RxPCN: 9999

RxGRP: MPDCSTX2

Estamos aquí para ayudarle. Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**,
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.
Recordatorio importante - No necesita tener un plan de Medigap ni un plan de seguro complementario con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.

United Healthcare® Dual Complete

H3868_ER_2026_C SP

CSTX26HP0327035_001

Información importante: Calificación 2026 de Medicare con Estrellas

Información oficial de Medicare del gobierno de los Estados Unidos

CMS CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES

UnitedHealthcare - H3868

En el año 2026, UnitedHealthcare - H3868 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas:	El plan es nuevo para ser evaluado
Calificación de los Servicios de Salud:	El plan es nuevo para ser evaluado
Calificación de los Servicios de Medicamentos:	El plan es nuevo para ser evaluado

*Algunos contratos no tienen la suficiente información para calificar el rendimiento del plan. Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.

★ ★ ★ ★ ★	EXCELENTE
★ ★ ★ ★	SUPERIOR AL PROMEDIO
★ ★ ★	PROMEDIO
★ ★	DEBAJO DEL PROMEDIO
★	DEFICIENTE

Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en **medicare.gov/plan-compare**.

¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **888-834-3721** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **866-944-4983** (número gratuito) o al 711 (TTY).

Y0066_H3868_A_PR2026_M UHTX26PO0367398_000

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 (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). 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 gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo 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 un reclamo, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

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 reclamos 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

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

Notas y apuntes

¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

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

Aprovechará los beneficios adicionales de su plan si usa los proveedores indicados a continuación.

Llame al **1-866-944-4983**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **myUHC.com/CommunityPlan** para:

- ☐ Servicios para la vista de rutina: MARCH® Vision Care
- ☐ Beneficios dentales de rutina: UnitedHealthcare Dental
- ☐ Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®

Aparatos auditivos
UnitedHealthcare Hearing
1-877-704-3384
UHCHearing.com/Medicare

Entrega a domicilio de medicamentos con receta
Optum® Home Delivery Pharmacy
1-877-889-6358
myUHC.com/CommunityPlan

Transporte de rutina
SafeRide
1-888-462-6050
myUHC.com/CommunityPlan

Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar
Solutran
1-833-853-8587
myUHC.com/CommunityPlan

UnitedHealthcare tiene más de 45 años
de experiencia en prestar servicios a sus miembros.
Usted puede contar con UnitedHealthcare para
que esté a su disposición en todo momento.

Haga clic. Llame. Conéctese.

Descargue la aplicación UnitedHealthcare

UHC.com/CommunityPlan

Llame al número gratuito **1-844-560-4944**, TTY **711**
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare

Información importante del plan

Y0066_EGCov_2026_C SP

CSTX26HP0316338_002