



Guía de Inscripción 2025

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

H0251-004-000

Área de servicio: Tennessee - Condados de Anderson, Bedford, Benton, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Cannon, Carroll, Carter, Cheatham, Chester, Claiborne, Clay, Cocke, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Dyer, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hardeman, Hardin, Hawkins, Haywood, Henderson, Henry, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Jefferson, Johnson, Knox, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Loudon, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Morgan, Obion, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Roane, Robertson, Rutherford, Scott, Sequatchie, Sevier, Shelby, Smith, Stewart, Sullivan, Sumner, Tipton, Trousdale, Unicoi, Union, Van Buren, Warren, Washington, Wayne, Weakley, White, Williamson, Wilson

**United
Healthcare®
Dual Complete**

Los planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare están aquí para lo que a usted le importa, hoy y mañana



Simplifique su día con beneficios pensados para usarse

Su UCard®, exclusiva de UnitedHealthcare, es mucho más que solo su tarjeta de ID de miembro. Úsela para pagar productos de venta sin receta y alimentos saludables para los miembros que califican, y para comprar productos aprobados de marcas que usted conoce, como Walmart, Walgreens y muchas más con sus recompensas ganadas. Acceda a su UCard e información de salud con la aplicación UnitedHealthcare que es fácil de usar y está calificada como la número 1 en seguros de salud. Desde elegir su plan y usar su plan, hasta disfrutar de toda su vida por delante, UnitedHealthcare lo hace más fácil que nunca.



Reciba más por su dinero de Medicare

Reciba cuidado confiable con gastos de su bolsillo bajos. Usted tiene grandes y pequeños planes por delante, así que siéntase seguro al manejar toda su salud con la cobertura de UnitedHealthcare Dual Complete.



Orientación de expertos para hoy y a medida que sus necesidades cambien

Cuente con UnitedHealthcare en todo momento con recursos de Medicare fáciles de entender, útiles herramientas en Internet y Especialistas en Planes de Medicare¹ para que le orienten. Y con nuestro compromiso Right Plan Promise^{®2}, exclusivo de UnitedHealthcare, usted puede confiar en nuestros 45 años de experiencia en Medicare para ayudarle a encontrar el plan de UnitedHealthcare adecuado para sus necesidades y presupuesto.

¹Un Especialista en Planes de Medicare es un agente o productor de ventas de seguros con licencia.

²Right Plan Promise es nuestro compromiso de proporcionarle herramientas y apoyo de un agente o productor para ayudarle a encontrar un plan de la cartera de planes de Medicare de UnitedHealthcare que satisfaga sus necesidades. No es una garantía de que UnitedHealthcare ofrezca un plan que satisfaga las necesidades de cada consumidor. Las recomendaciones de planes se basan en la información que usted proporciona con respecto a sus necesidades de cobertura de salud. Las solicitudes para cancelar la inscripción o cambiar de plan quedan sujetas a las normas vigentes de Medicare y a las normas o leyes federales y estatales.

UCard le abre las puertas donde importa

Una vez que sea miembro, recibirá su nueva UCard® de UnitedHealthcare por correo. Use su UCard cuando:



Visite a un proveedor o surta una receta

Su UCard tiene la información del plan que usted y sus proveedores necesitan.



Compre productos de venta sin receta — y alimentos saludables para los miembros que califican

Use el crédito cargado en su UCard como pago en la tienda o en Internet.



Gaste las recompensas ganadas

Compre artículos aprobados en miles de tiendas minoristas de todo el país.



Se registre en el gimnasio

Muestre su UCard para acceder a su membresía gratuita la primera vez que visite un centro de acondicionamiento físico o un gimnasio de la red.



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 en esta guía para saber qué servicios están cubiertos.



No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor de la red.



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.

Visite [UHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan) para buscar un proveedor o una farmacia de la red en 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



Beneficios Importantes

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

Como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) , usted no tiene gastos de su bolsillo. Usted no será responsable de ningún copago o coseguro por los medicamentos u otros servicios cubiertos que reciba de proveedores del plan.

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

Costos del plan

Prima mensual del plan	\$0
-------------------------------	-----

Beneficios médicos

Visita al consultorio médico

Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
-------------------------------------	---------------

Especialista	\$0 de copago (no 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)	\$0 de copago por día, días 1 a 100
---	-------------------------------------

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía	\$0 de copago
---	---------------

Beneficios médicos

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
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)

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Exámenes de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Artículos para la vista de rutina	\$0 de copago El plan paga hasta \$600 cada año para 1 par de lentes/marcos y lentes de contacto
Servicios Dentales – preventivos (con cobertura dentro y fuera de la red)	\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro*

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

Servicios Dentales – integrales (con cobertura dentro y fuera de la red)	\$0 de copago por servicios dentales integrales*
Servicios Dentales - límite de los beneficios	\$5,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos*
Servicios para la Audición - examen de rutina	\$0 de copago, 1 por año
Aparatos auditivos	El plan paga hasta \$3,200 cada año para 2 aparatos auditivos de proveedores de la red. Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos).
Programa de acondicionamiento físico	\$0 de copago, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria.
Transporte de rutina	\$0 de copago; 120 viajes en una sola dirección por cada año desde o hacia sitios aprobados .
Cuidado diurno para adultos	\$0 de copago por 24 horas por semana de cuidado diurno para adultos a través de una red de proveedores contratados.
Cuidado de los pies - de rutina	\$0 de copago, 4 visitas por cada año
Servicios quiroprácticos de rutina	\$0 de copago, 20 visitas por año
Crédito para alimentos y productos de venta sin receta (OTC)	\$336 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura – y alimentos saludables que tienen cobertura para miembros que califiquen
Programa Rewards	Gane hasta \$165 en recompensas si usted comienza en enero ^Ω \$5 Conozca su UCard 2025, \$15 Examen Médico o Visita de Bienestar Anual, \$10 cada mes Póngase en Movimiento, \$10 Conéctese con otras personas, \$10 Evaluación de Salud, \$5 Vacuna Antigripal
Beneficio de comidas	\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)

Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

Servicios de apoyo a domicilio	\$0 de copago por 45 horas de apoyo a domicilio cada mes para los miembros con discapacidades o con cualquier otra condición médica que califique
---------------------------------------	---

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

Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo de la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

Medicamentos con receta

Deducible

\$0

Cobertura Inicial

Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red

Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)

\$0 de copago
(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
Los copagos o coseguros por los medicamentos con receta pueden variar según el programa Ayuda Adicional, si usted lo recibe. Si usted tiene Medicare y la Division of TennCare (Medicaid), califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.

Todos los demás medicamentos ¹

\$0 de copago
(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)
Los copagos o coseguros por los medicamentos con receta pueden variar según el programa Ayuda Adicional, si usted lo recibe. Si usted tiene Medicare y la Division of TennCare (Medicaid), califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan.

¹ Usted pagará un máximo de \$35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de pago de medicamentos, excepto durante la etapa de pago de medicamentos de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0



El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

^QLas 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 myuhcmembers.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 myuhcmembers.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. Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto de los costos compartidos correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.

Y0066_MABH_2025_SP_M H0251004000

CSTN25HP0238799_000



Resumen de Beneficios 2025

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)
H0251-004-000

Consulte esta guía para obtener más información sobre el plan y los servicios médicos y medicamentos con receta que tienen cobertura. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan



UHC.com/CommunityPlan



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

Introducción

Este documento es un breve resumen de los beneficios y servicios cubiertos por UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Incluye respuestas a preguntas frecuentes, información de contacto importante, una descripción general de los beneficios y servicios ofrecidos, e información sobre sus derechos como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de la **Evidencia de Cobertura**.

Índice

A.	Exenciones de responsabilidad	3
B.	Preguntas frecuentes (FAQ)	7
C.	Lista de servicios cubiertos	11
D.	Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).....	25
E.	Servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni TennCare	25
F.	Sus derechos como miembro del plan	26
G.	Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado	28
H.	Qué puede hacer si sospecha que se ha cometido fraude.....	28

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Exenciones de responsabilidad



Este es un resumen de los servicios de salud cubiertos por UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025. Este documento es solo un resumen. Para ver la lista completa de beneficios, lea la **Evidencia de Cobertura**. Puede consultar la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Si desea una copia impresa, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

- UHC Dual Complete TN-Y001 (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.
- Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.
- Si usted desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte el manual actual “Medicare Y Usted”. Véalo por Internet en **es.medicare.gov** o pida una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al **1-844-560-4944** para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at **1-844-560-4944** for additional information (TTY users should call **711**). Hours are 8 a.m.–8 p.m.: 7 days, Oct–Mar; M–F Apr–Sept.
- TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto de los costos compartidos correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.
- El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- El beneficio de transporte adicional es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.
- 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.
- Para obtener más información sobre Medicare, usted puede leer el manual **Medicare Y Usted**. Contiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov) o solicitarlo por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- Para obtener más información sobre TennCare, puede consultar la sección “Members/Applicants” (Miembros/Solicitantes) del sitio web de TennCare en tn.gov/TennCare o llamar al **1-800-342-3145**. Para las personas que tienen tanto Medicare como TennCare, puede comunicarse con TennCare Connect al **1-855-259-0701** o al **1-800-848-0298** TTY, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del Centro. O bien, use el portal para miembros gratuito de TennCare Connect en: tenncareconnect.tn.gov
- Puede obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, documentos accesibles de manera electrónica, traducciones de idiomas o en audio. Llame al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- Disponemos de servicios de traducción gratuitos para sus materiales para miembros, por ejemplo, si necesita que le enviemos una carta en un idioma diferente. Los materiales para miembros se encuentran disponibles como mínimo en español y árabe.
- Si no entiende una carta de parte nuestra o sus servicios, llame a su Coordinador del Cuidado de la Salud, quien puede hablar con usted sobre sus problemas y tratar de ayudarle a resolverlos. Este servicio es gratuito para usted.
- Para presentar o modificar una solicitud permanente para obtener este documento, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN -Y001 (HMO-POS D-SNP) al número que se encuentra al final de esta página.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

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.

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.

Artículos para la vista de rutina

Se pueden aplicar cargos adicionales por artículos y servicios fuera de la red. La red de proveedores y tiendas minoristas puede variar en el mercado local. Examen de la vista de rutina anual y de \$100 a \$600 de asignación por lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total anual o cada dos años. Ahorros en comparación con el precio minorista. Nuestra red tiene otros proveedores de servicios para la vista a su disposición.

Programa de acondicionamiento físico

La participación en el programa de acondicionamiento físico es voluntaria. 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. El programa de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, las actividades y los eventos pueden variar según el lugar. Ciertos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico.

La red de gimnasios puede variar en el mercado local y el plan.

AARP® Staying Sharp® es la marca registrada de AARP. Staying Sharp, incluido todo el contenido y las características, se ofrece para su conocimiento y para educar a los usuarios sobre el cuidado de la agudeza mental y los problemas médicos que pueden afectar a sus vidas diarias. Staying Sharp se basa en un enfoque holístico de estilo de vida para la agudeza mental que anima a los usuarios a incorporar en su vida diaria actividades asociadas con el bienestar general. Nada del servicio se debe considerar ni usar como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico. Las características, que incluyen Cognitive Assessment and Lifestyle Check-Ins (Evaluación Cognitiva y Consultas de Estilo de Vida), Additional Tests (Pruebas Adicionales), los ejercicios y los desafíos, evalúan el desempeño en un momento particular en ciertas tareas cognitivas específicas. Los juegos de Staying Sharp están destinados únicamente a fines recreativos y de entretenimiento. Varios factores pueden afectar al desempeño, incluido el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales. El desempeño no es indicativo de la salud cognitiva ni predice el futuro desempeño ni las enfermedades.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Crédito para alimentos y productos de venta sin receta (OTC)

Los beneficios de alimentos y productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

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

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red. Comuníquese con Optum Home Delivery Pharmacy en cualquier momento al **1-877-266-4832**, TTY **711**.

Programa de Recompensas

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

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

B. Preguntas frecuentes (FAQ)

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

Preguntas Frecuentes	Respuestas
<p>¿Qué es un plan UHC Dual Complete D-SNP?</p>	<p>Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) es un tipo de plan de salud Medicare Advantage. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble es para personas que cumplen los requisitos tanto de Medicare como de TennCare. Un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble cubre todos sus beneficios de Medicare y de medicamentos con receta (Parte D de Medicare), y proporciona todos sus medicamentos y servicios de Medicaid conforme al programa TennCare.</p>
<p>¿En UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), recibiré los mismos beneficios de Medicare y de TennCare que recibo ahora?</p>	<p>Recibirá la mayoría de sus beneficios cubiertos de Medicare y de TennCare directamente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Trabjará con un equipo de proveedores que le ayudará a determinar los servicios que mejor satisfarán sus necesidades. Esto significa que algunos de los servicios que usted recibe actualmente pueden cambiar según sus necesidades y la evaluación de su médico y su coordinador del cuidado de la salud. Es posible que también reciba otros beneficios fuera de su plan de salud de la misma manera que ahora, directamente de una agencia estatal o del condado, servicios especializados de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias o servicios de centros regionales.</p> <p>Cuando se inscriba en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), usted y su coordinador del cuidado de la salud trabajarán juntos para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades de salud y de apoyo, y que refleje sus preferencias y metas personales.</p> <p>Si está tomando medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) normalmente no cubre, usted podrá obtener un suministro temporal y le ayudaremos a cambiar su medicamento por otro o a obtener una excepción para que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubra su medicamento si es médicamente necesario. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.</p>

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas Frecuentes	Respuestas
<p>¿Puedo visitar a los mismos médicos que uso ahora?</p>	<p>Por lo general, sí. Si sus proveedores (incluidos médicos, hospitales, terapeutas, farmacias y otros proveedores de cuidado de la salud) trabajan con UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) y tienen un contrato con nosotros, usted puede seguir visitándoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los proveedores que tienen un convenio con nosotros están “dentro de la red”. Los proveedores de la red participan en nuestro plan. Eso significa que aceptan a los miembros de nuestro plan y prestan los servicios que cubre nuestro plan. Usted debe usar los proveedores que estén dentro de la red de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Si usa proveedores o farmacias que no están dentro de nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos. • Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, puede usar proveedores fuera del plan UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). • Si actualmente está en tratamiento con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) o tiene una relación establecida con un proveedor fuera de la red de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), llame a Servicio al Cliente para consultar cómo seguir conectado. <p>Para saber si sus proveedores están dentro de la red del plan, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o lea el Directorio de Proveedores y Farmacias de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) en el sitio web del plan en MyUHC.com/CommunityPlan.</p> <p>Si es nuevo en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), colaboraremos con usted para desarrollar un Plan de Cuidado Individualizado que satisfaga sus necesidades.</p>
<p>¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>Un coordinador del cuidado de la salud de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) es la principal persona con la que usted 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.</p>

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas Frecuentes	Respuestas
<p>¿Qué son los Apoyos y Servicios a Largo Plazo (LTSS)?</p>	<p>Los Apoyos y Servicios a Largo Plazo consisten en ayuda para las personas que necesitan asistencia para hacer tareas cotidianas como bañarse, ir al baño, vestirse, preparar comidas y tomar medicamentos. La mayoría de estos servicios se prestan en su domicilio o en su comunidad, pero se podrían prestar dentro de un asilo de convalecencia o de un hospital. En algunos casos, una agencia del condado u otra agencia puede administrar estos servicios, y su coordinador del cuidado de la salud o equipo de cuidado de la salud trabajará con esa agencia.</p>
<p>¿Qué sucede si necesito un servicio, pero nadie dentro de la red de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) puede prestarlo?</p>	<p>Los proveedores de nuestra red prestarán la mayoría de los servicios. Si usted necesita un servicio que no se puede prestar dentro de nuestra red, UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de un proveedor fuera de la red. 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.</p>
<p>¿Dónde está disponible UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>El área de servicio de este plan incluye: Condados de Anderson, Bedford, Benton, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Cannon, Carroll, Carter, Cheatham, Chester, Claiborne, Clay, Cocke, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Dyer, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hardeman, Hardin, Hawkins, Haywood, Henderson, Henry, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Jefferson, Johnson, Knox, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Loudon, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Morgan, Obion, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Roane, Robertson, Rutherford, Scott, Sequatchie, Sevier, Shelby, Smith, Stewart, Sullivan, Sumner, Tipton, Trousdale, Unicoi, Union, Van Buren, Warren, Washington, Wayne, Weakley, White, Williamson y Wilson, Tennessee. Usted debe vivir en una de estas áreas para poder inscribirse en el plan.</p> <p>Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para averiguar si el plan está disponible donde usted vive.</p>

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Preguntas Frecuentes	Respuestas
<p>¿Qué es una preautorización?</p>	<p>Preautorización se refiere a una aprobación de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) para obtener servicios fuera de nuestra red o para recibir servicios que no están cubiertos de rutina por nuestra red, antes de recibir los servicios. Si no obtiene la preautorización, es posible que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) no cubra el servicio, procedimiento, artículo o medicamento.</p> <p>Si necesita cuidado de urgencia o de emergencia, o servicios de diálisis fuera del área de servicio, no es necesario que obtenga preautorización primero. UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) puede proporcionarle a usted o a su proveedor una lista de los servicios o procedimientos que requieren que usted obtenga la preautorización de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) antes de que se preste el servicio.</p> <p>Consulte el Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura si desea más información sobre la preautorización. Consulte la Tabla de Beneficios del Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios requieren una preautorización.</p> <p>Si tiene preguntas sobre si se requiere o no preautorización para servicios, procedimientos, artículos o medicamentos específicos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para recibir ayuda.</p>
<p>¿Debo pagar una cantidad mensual (también llamada prima) en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>No. Dado que usted tiene la Asistencia Médica (Medicaid), no tendrá que pagar ninguna prima mensual por su cobertura de salud. Sin embargo, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague la Asistencia Médica (Medicaid) u otro tercero por usted.</p>
<p>¿Debo pagar un deducible como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>No. Usted no tiene que pagar deducibles en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).</p>
<p>¿Cuál es el máximo de gastos de mi bolsillo que pagaré por servicios médicos como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)?</p>	<p>En UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), no hay ningún costo compartido por servicios médicos; por lo tanto, los gastos anuales de su bolsillo serán de \$0.</p>

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

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

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted desea consultar a un médico	Visitas para tratar una lesión o enfermedad	\$0	
	Cuidado para prevenir enfermedades, como vacunas antigripales, y pruebas de detección del cáncer	\$0	
	Visitas de bienestar, como un examen médico	\$0	1 por año
	“Bienvenido a Medicare” (visita preventiva solo por única vez)	\$0	
	Cuidado de especialistas	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita cuidado de emergencia	Servicios recibidos en la sala de emergencias	\$0	\$0 de copago (mundial) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por cuidado de emergencia.
	Cuidado de urgencia	\$0	\$0 de copago (mundial) por cada visita

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita exámenes médicos	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, radiografías u otros servicios de estudios por imágenes, como tomografías axiales computarizadas [CAT] o imágenes por resonancia magnética [MRI])	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Pruebas de laboratorio y procedimientos de diagnóstico, como análisis de sangre	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita servicios para la audición	Exámenes de audición	\$0	Con cobertura para miembros menores de 21 años. 1 por año
	Aparatos auditivos	\$0	<p>\$3,200 de asignación para una amplia selección de aparatos auditivos de marca de venta con y sin receta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios • Amplia variedad de aparatos auditivos populares • 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 para aparatos auditivos con receta de marca. <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted 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	Servicios dentales integrales	\$0 de copago por servicios dentales integrales	\$5,000 de límite combinado en todos los servicios dentales cubiertos. Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.
	Exámenes dentales y cuidado preventivo	\$0	
	Cuidado dental restaurativo y de emergencia	\$0	
Usted necesita cuidado de la vista	Exámenes de la vista	\$0	1 por año
	Anteojos o lentes de contacto	\$0	El plan paga hasta \$600 cada año para lentes o marcos Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red. La cobertura para anteojos se limita a los miembros menores de 21 años, excepto como un beneficio complementario
	Otro cuidado de la vista	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita servicios de salud del comportamiento	Cuidado de la salud del comportamiento (servicios de salud mental)	\$0	
	Cuidado para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y servicios en la comunidad para personas que necesitan servicios de salud mental	\$0	Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
	Visitas virtuales de salud mental	\$0	\$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
Usted necesita servicios para trastornos por consumo de sustancias	Servicios para trastornos por consumo de sustancias	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita un lugar para vivir con personas a su disposición para ayudarlo	Cuidado de enfermería especializada	\$0	\$0 de copago por día, por los días 1 a 100 Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Cuidado en un asilo de convalecencia	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
	Cuidado tutelar de adultos y cuidado tutelar de adultos en grupo	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
Usted necesita terapia después de un derrame cerebral o un accidente	Terapia ocupacional, fisioterapia o terapia del habla	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
Usted necesita ayuda para acceder a servicios de salud	Transporte de emergencia	\$0	\$0 de copago por ambulancia terrestre \$0 de copago por ambulancia aérea No se necesita una preautorización.
	Transporte a citas y servicios médicos (servicios de Transporte Médico que No es de Emergencia o NEMT)	\$0	120 viajes en una sola dirección por cada año desde o hacia las citas. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para transporte que no es de emergencia.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
<p>Usted necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección (continúa en la página siguiente)</p>	<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p>	<p>\$0</p>	<p>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 Evidencia de Cobertura. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	<p>Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare</p>	<p>\$0 por un suministro de 30 días.</p>	<p>Es posible que los copagos o los coseguros por medicamentos con receta varíen según si recibe el programa Ayuda Adicional. Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Si usted tiene cobertura de Medicare y de la División de TennCare (Medicaid), califica automáticamente para el programa Ayuda Adicional. Solo se puede obtener un suministro extendido de días en un subgrupo de farmacias minoristas o de pedidos por correo de la red. Su proveedor debe obtener una preautorización de UHC Dual Complete TN-Y001 para ciertos medicamentos. Para obtener información detallada, comuníquese con el plan</p>

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted 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 afección (continuación)	Medicamentos sin receta (OTC)	\$0	Puede haber limitaciones en los tipos de medicamentos cubiertos. Para obtener más información, consulte la Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos) de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).
Usted necesita ayuda para recuperarse o tiene necesidades especiales de salud	Servicios de rehabilitación	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo médico para cuidado a domicilio	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de diálisis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita cuidado de los pies	Servicios de podiatría	\$0	4 visitas por año. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios de ortesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Usted necesita Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados Nota: Esta no es una lista completa de los equipos médicos duraderos cubiertos. Para obtener una lista completa, comuníquese con Servicio al Cliente o consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura .	Sillas de ruedas, muletas y andadores	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.
	Nebulizadores	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Equipo de oxígeno y suministros	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
Usted necesita ayuda para vivir en su domicilio (continúa en la página siguiente)	Servicios de asistencia médica a domicilio	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios domésticos, como limpieza o administración de la casa, o modificaciones en el domicilio como barras de agarre	\$0	Los miembros con discapacidades u otras enfermedades que califican podrían recibir hasta 45 horas por cada mes de servicios de apoyo a domicilio. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted 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 (continuación)	Servicios de salud diurnos para adultos, Servicios para Adultos en la Comunidad (CBAS) u otros servicios de apoyo	\$0	El miembro recibe hasta 24 horas por cada semana de cuidado diurno para adultos a través de una red de proveedores contratados dentro del área de servicio. La cobertura de beneficios del plan no se pasa de una semana a la otra. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Servicios para la habilitación diurna	\$0	
	Servicios para ayudarle a vivir solo (servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio o servicios de un asistente para el cuidado personal)	\$0	

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continúa en la página siguiente)	Servicios quiroprácticos	\$0	20 visitas por año. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Suministros y servicios para la diabetes	\$0	<p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.</p>
	Servicios de obtención de órganos o tejido de donantes	\$0	

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Programa de Acondicionamiento Físico	\$0 de copago por programa de acondicionamiento físico.	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía gratuita a un gimnasio • Acceso a una gran 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

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño - Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas		<p>\$336 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta y alimentos saludables para los miembros que califican</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua • Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y mucho más • Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o las tiendas de su comunidad que le queden cerca. Para obtener más información, llame a su plan o revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Problema o necesidad de salud	Servicios que usted podría necesitar	Sus costos por proveedores dentro de la red	Limitaciones, excepciones e información sobre los beneficios (reglas sobre los beneficios)
Servicios adicionales (continuación)	Beneficio de Comidas	\$0	Hasta 28 comidas durante 14 días; número ilimitado de veces por cada año. Los miembros pueden recibir dos comidas por cada día durante 14 días, un número ilimitado por cada año después del alta de una estancia en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada. Para obtener información más detallada, consulte la Evidencia de Cobertura .
	Servicios para trasplantes de órganos y tejido	\$0	
	Servicios de enfermería privada	\$0	
	Servicios de prótesis	\$0	Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para los servicios.
	Radioterapia	\$0	
	Cirugía reconstructiva de seno	\$0	
	Servicios para ayudarle a manejar su enfermedad	\$0	

El resumen de beneficios anterior se ofrece para su conocimiento solamente y no es una lista completa de beneficios. Para obtener una lista completa y más información sobre sus beneficios, puede leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Si no tiene una **Evidencia de Cobertura**, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de la página para solicitar una copia. Si tiene preguntas, también puede llamar a Servicio al Cliente o visitar **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D. Beneficios cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

Hay algunos servicios que usted puede recibir que no están cubiertos por UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), pero que están cubiertos por Medicare, TennCare 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 la página.

Otros servicios cubiertos por Medicare, TennCare o una Agencia Estatal	Sus costos
Ciertos servicios de cuidados paliativos cubiertos fuera de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)	Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier centro de cuidados paliativos aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados paliativos están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.
Rehabilitación psicosocial	\$0
Administración de casos dirigida a grupos específicos	\$0
Habitación y comida en casa de reposo	\$0

E. Servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni TennCare

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

Servicios que no cubre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), Medicare ni TennCare

Servicios que no son médicamente necesarios.

Servicios experimentales o en investigación.

Cualquier tratamiento médico o de salud del comportamiento (servicios de salud mental, del abuso de alcohol o por trastornos por consumo de sustancias) fuera de los Estados Unidos.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F. Sus derechos como miembro del plan

Como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), usted tiene ciertos derechos. Puede ejercer estos derechos sin estar sujeto a represalias. También puede hacer valer estos derechos sin perder sus servicios para el cuidado de la salud. Le proporcionaremos información sobre sus derechos al menos una vez al año. Para obtener más información sobre sus derechos, lea la **Evidencia de Cobertura**.

- **Usted tiene derecho a ser tratado de manera justa y con respeto y dignidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Recibir los servicios cubiertos independientemente de su enfermedad, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia de reclamos, historial médico, discapacidad (incluidas las limitaciones mentales), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, origen nacional, raza, color, religión, credo, asistencia pública u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Tiene derecho a denunciar o presentar una queja por escrito si considera que ha recibido un trato diferente. Recibir un trato diferente significa que le han discriminado. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo cuidado sin temor a recibir un mal trato de parte de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), los proveedores o TennCare. Para presentar una queja o si desea más información sobre sus derechos, visite **tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance**
 - Obtener información en otros idiomas y formatos (por ejemplo, en letra grande, documentos accesibles de manera electrónica 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 formato que usted pueda comprender. Esto incluye el derecho a obtener información sobre:
 - Descripción de los servicios que cubrimos
 - Cómo recibir servicios
 - Cuánto le costarán los servicios
 - Nombres de proveedores de cuidado de la salud y del coordinador del cuidado de la salud
- **Usted tiene derecho a tomar decisiones sobre su cuidado, incluso a rehusarse a recibir tratamiento.** Esto incluye el derecho a:
 - Elegir un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) y cambiarle en cualquier momento durante el año
 - Usar un proveedor de cuidado de la salud de la mujer sin una referencia
 - Recibir sus servicios y medicamentos cubiertos rápidamente
 - Conocer todas las opciones de tratamiento, independientemente de cuánto cuesten o de que estén o no cubiertas
 - Rehusarse al tratamiento, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Dejar de tomar medicamentos, aunque su proveedor de cuidado de la salud le aconseje lo contrario
- Pedir una segunda opinión. UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) pagará el costo de su visita de segunda opinión.
- Dar a conocer sus deseos sobre el cuidado de la salud en instrucciones por anticipado
- **Usted tiene derecho a tener acceso oportuno al cuidado, sin barreras de comunicación ni de acceso físico.** Esto incluye el derecho a:
 - Recibir cuidado médico oportunamente
 - Tener libre acceso al consultorio de un proveedor de cuidado de la salud. Esto significa el acceso sin barreras para las personas con discapacidades, según la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades.
 - Contar con la ayuda de intérpretes para comunicarse con sus proveedores de cuidado de la salud y con su plan de salud
- **Usted tiene derecho a recibir cuidado de urgencia y de emergencia cuando lo necesite.** Esto significa que tiene derecho a:
 - Recibir servicios para emergencias sin preautorización en una emergencia
 - Usar un proveedor de cuidado de urgencia o de emergencia fuera de la red, cuando sea necesario
- **Usted tiene derecho a la confidencialidad y la privacidad.** Esto incluye el derecho a:
 - Pedir y obtener una copia de sus registros médicos de una manera que usted pueda comprender, y pedir que se modifiquen o corrijan sus registros
 - Que se mantenga la privacidad de su información de salud personal
 - Tener privacidad durante su tratamiento
- **Usted tiene derecho a presentar quejas sobre su cuidado o sus servicios cubiertos.** Esto incluye el derecho a:
 - Presentar una queja o una queja formal contra nosotros o nuestros proveedores
 - Presentar una queja ante TennCare al **1-800-878-3192** o al **1-866-771-7043** TTY. El sitio web de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) **MyUHC.com/CommunityPlan** ofrece formularios de queja, formularios de solicitud de Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) e instrucciones disponibles en Internet.
 - Solicitar una Revisión Médica Independiente de los servicios o artículos de TennCare que sean de naturaleza médica
 - Apelar ciertas decisiones tomadas por el Departamento de Cuidado de la Salud Administrado del Estado o nuestros proveedores
 - Solicitar una Audiencia Estatal
 - Recibir una explicación detallada del motivo por el que se denegaron los servicios

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Para obtener más información sobre sus derechos, puede leer la **Evidencia de Cobertura**. Si tiene preguntas, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de la página.

También puede llamar a TennCare Connect para las personas que tienen Medicare y TennCare al **1-800-259-0701**.

G. Cómo presentar una queja o apelar un servicio denegado

Si tiene una queja o cree que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) debería cubrir algo que denegamos, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tal vez podría apelar nuestra decisión.

Si tiene preguntas sobre las quejas y apelaciones, puede leer el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**. También puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) a los números que se encuentran al final de la página.

Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:

UnitedHealthcare Appeals and Grievances Department
PO Box 6103
MS CA120-0360
Cypress, CA 90630-0023

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

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

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

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

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

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). Los números de teléfono se encuentran en la portada de este resumen o los números de teléfono se encuentran al final de esta página.
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Oficina de Integridad del Programa (Office of Program Integrity, OPI) de TennCare, llame a la línea directa gratuita **1-800-433-3982** o los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-779-3103**.

Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-844-560-4944** y TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si tiene preguntas generales o sobre nuestro plan, servicios, área de servicio, facturación o tarjetas de ID de miembro, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP):



1-844-560-4944

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Servicio al Cliente también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

711

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

Si necesita cuidado de la salud del comportamiento inmediatamente, llame a los Servicios de Salud Mental de Optum:



1-844-560-4944

Las llamadas a este número son gratuitas. De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

711

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

¿Necesita ayuda gratuita con esta carta?

Si habla un idioma distinto al inglés, tiene ayuda disponible sin costo en su idioma. Esta página le explica cómo recibir ayuda en un idioma distinto al inglés. También le informa sobre otra ayuda que esté disponible.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-690-1606 (TTY:711).

Kurdish: کوردی

ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاری یارمەتی یارمەتی، بەخۆرای، بۆ تۆ بەردەستە. پەیوەندی بە 1-800-690-1606 (TTY:711)..بکە

Arabic: ربيّةعلا

وظةحلم: اذا ملكنتت عغلا ربيّةعلا اتمدخ دةعاسملا ويةغلا رةفوتم كة انجام. اتصل مقبر: 1-800-690-1606 (TTY: 711) مقرر فتاه صملا و مكبلا

Chinese: 繁體中文

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-690-1606 (TTY:711)。

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-690-1606 (TTY:711).

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-690-1606 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-690-1606 (TTY:711).

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-690-1606 (መስማት ለተሳናቸው: TTY:711)።

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-690-1606 (TTY:711).

Laotian: ພາສາລາວ

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-690-1606 (TTY:711).

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-690-1606 (TTY:711).

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-690-1606 (TTY:711).

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-690-1606 (TTY:711). पर कॉल करें।

Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-690-1606 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-690-1606 (телетайп: TTY:711).

Nepali: नेपाली

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-690-1606 (टिडिवाइ: TTY:711).

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-690-1606 تماس بگیرید. (TTY:711)

- **¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos?**
- **¿Tiene una discapacidad y necesita ayuda para recibir cuidado o participar en uno de nuestros programas o servicios?**
- **¿O tiene más preguntas sobre el cuidado de su salud?**

Llámenos sin costo al 1-800-690-1606. Podemos conectarle con la ayuda o el servicio gratuito que necesite. (Para TTY, llame al: 711)

Obedecemos las leyes federales y estatales de derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo.

¿Considera que no le ayudamos o que le tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo?

Puede presentar una queja por correo, teléfono o correo electrónico. Puede presentar una queja en tres lugares:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road, 3W
Nashville, TN 37243

Correo electrónico: **HCFA.Fairtreatment@tn.gov**

Teléfono: 1-855-857-1673 (TRS 711)

Puede obtener un formulario para quejas por Internet en:

<https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>

Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance

P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

Correo electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Teléfono: 1-800-690-1606

U.S. Department of Health & Human Services, Office for Civil Rights

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Por Internet en: **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**

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 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/es
- A la oficina estatal de Medicaid o visite medicaid.gov

Recursos para Cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo a nuestros miembros y a las personas que cuidan de ellos. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame o visite uhc.com/caregiving.

Estamos aquí para ayudarle

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podemos ayudar a conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida — todo sin costo para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:



Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar



Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos



Para recibir ayuda, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, si desea más información sobre los programas y requisitos de participación.

Medicare Explicado

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



MedicareExplicado.com

Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Encontrará los documentos del plan en UHC.com/CommunityPlan.



¿Consultó la Lista de Medicamentos (Formulario) en Internet para confirmar la cobertura de sus medicamentos con receta?

Los medicamentos que no están cubiertos por el plan podrían reemplazarse por medicamentos alternativos.



¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?

Si sus proveedores no están en 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.



¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que su farmacia esté en la red?

Si su farmacia no está en la red, tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.



¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para revisar sus servicios médicos y medicamentos con receta?

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 en este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) si:



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe beneficios de Medicaid del estado



Está inscrito en un Plan de Cuidado a Largo Plazo de UnitedHealthcare

Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, tiene algunas opciones entre las que elegir. 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 pasos simples:

- 1 Ingrese su código postal
- 2 Busque el plan UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) y elija el botón “Enroll” (Inscribirse)
- 3 Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón **“Chat now” (Chatear 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 satisface sus necesidades antes de ayudarle a inscribirse.



Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O puede llenar la solicitud de inscripción y enviárnosla. Si no hay una solicitud de inscripción en esta guía, llame al número anterior para solicitar una.

Escanee este código para inscribirse en Internet



¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, encontrará apoyo para lo que importa, sea grande o pequeño. 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 descubrir más de su plan Medicare Advantage.



Usted está aquí
Inscripción
enviada



Descargue la
aplicación o cree su
cuenta en Internet



Su UCard
llega por correo –
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:

- Buscar proveedores y farmacias de la red y ver documentos del plan, como su Lista de Medicamentos (Formulario)
- Responder su evaluación de salud

Una vez que comience su cobertura

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

Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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

Escanee este código para
descargar la aplicación
UnitedHealthcare



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):**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos | <input type="checkbox"/> Productos dentales, de la vista o de la audición |
| <input type="checkbox"/> Planes independientes de medicamentos con receta de Medicare (Parte D) | <input type="checkbox"/> Productos de indemnización hospitalaria |
| <input type="checkbox"/> Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap) | |

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, su plan exige que sus enfermedades crónicas sean verificadas por el consultorio de su proveedor de cuidado primario o médico tratante.

Este proceso consta de 2 partes:

1. Elija sus enfermedades a continuación, firme y llene la información solicitada en la página 2 debajo de SOLICITANTE. Así podremos enviarla a su proveedor para que verifique sus enfermedades. Llame al número que se encuentra al final de la página 2 si tiene alguna pregunta.
2. Envíe su formulario llenado. Usaremos el formulario para pedirle a su proveedor que confirme sus enfermedades.

El solicitante o el representante legal autorizado debe llenar esta sección

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ ID de Medicare (MBI/HICN): _____

Enfermedades clínicas que califican

Esta es una preevaluación, la verificación final se realizará con su proveedor.

Elija las enfermedades que le correspondan:

- Trastornos autoinmunitarios
- Cáncer (sin incluir los procesos previos al cáncer ni los tumores in situ)
- Enfermedades cardiovasculares
- Dependencia crónica de alcohol u otras drogas
- Problemas de salud mental crónicos y discapacitantes
- Insuficiencia cardíaca crónica
- Enfermedad renal crónica (etapa 3 – moderada)
- Trastornos pulmonares crónicos
- Demencia
- Diabetes mellitus
- Enfermedad hepática en etapa terminal
- Enfermedad renal en etapa terminal (End-stage renal disease, ESRD) que requiere diálisis
- VIH/SIDA
- Hiperlipidemia (colesterol alto)
- Hipertensión (presión arterial alta)
- Obesidad mórbida
- Trastornos neurológicos
- Desnutrición proteico-calórica
- Trastornos hematológicos graves
- Trastornos o lesiones en la médula espinal
- Derrame cerebral

Solicitante/representante autorizado: _____

Llenar esta preevaluación no afecta la inscripción en el plan. Este plan exige la verificación de un proveedor o especialista para que usted reciba transporte adicional a sitios aprobados por el plan, como lugares de culto o centros comunitarios.

Formulario de Autorización para Divulgar Información de Beneficios Adicionales

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 sobre la privacidad de dicha información.

Autorización para uso y divulgación

Para ser llenado por el SOLICITANTE (* indica campo obligatorio).

Yo, *(inserte el nombre del solicitante)* _____, por medio del presente documento, autorizo la divulgación de mi información de salud descrita arriba de parte de:

Nombre del proveedor (apellido, nombre)*

Número de teléfono del proveedor*

Dirección del proveedor*

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Firma del solicitante/representante autorizado

Fecha de hoy

Para ser llenado por el PROVEEDOR DE CUIDADO/ESPECIALISTA.

Yo, _____ (proveedor de cuidado primario/especialista/representante del proveedor de cuidado), por medio del presente documento certifico que _____ (solicitante) tiene las enfermedades que se indican en la primera página.

Firma del proveedor de cuidado primario/médico tratante/especialista

Fecha de hoy

Llene los formularios y envíelos a:



UnitedHealthcare
10 Cadillac Dr, Ste 200
Brentwood, TN 37027
Attn: TN DSNP Attestation



O envíe el frente y la parte de atrás de cada página por fax al: 855-868-5063



Si tiene alguna pregunta, llame al:
1-844-560-4944, TTY 711,
de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días
de la semana



uhc_dsnp_attestation@uhc.com

El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.



Solicitud de Inscripción 2025

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) H0251-004-000

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

Apellidos	Nombre	Inicial del segundo nombre
-----------	--------	----------------------------

Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---------------------	---

N.º de teléfono residencial () -	N.º de teléfono móvil () -
-----------------------------------	-----------------------------

Doy mi consentimiento para que UnitedHealthcare o sus compañías afiliadas me llamen al número de teléfono que he proporcionado utilizando un sistema de marcación automática o voz pregrabada.

N.º del Seguro Social (obligatorio para las personas que se inscriben en planes D-SNP

[que tienen 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 (opcional)

¿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 miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHTN25HP0222389_000

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 deba), 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 __/__/__/__/__/__/__/__/__

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

1. ¿Desea recibir información sobre el plan en otro idioma o en un formato accesible?

Si prefiere recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible, elija una opción: Inglés 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 obtener ayuda por Internet.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid?

Sí No

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

3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? Seleccione todo lo que corresponda.

- No, no soy de origen hispano, latino o español
- Sí, mexicano, mexicanoamericano o chicano
- Sí, puertorriqueño
- Sí, cubano
- Sí, de otro origen hispano, latino o español
- Prefiero no responder**

4. ¿Cuál es su raza? Seleccione todo lo que corresponda.

- Indoamericano o nativo de Alaska
- Negro o afroamericano

Asiático:

- Indoasiático
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otra raza asiática

Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico:

- Guameño o chamorro
- Nativo de Hawaii
- Samoano
- De otra Isla del Pacífico
- Blanco
- Prefiero no responder**

Miembro/Ciudadano de una Tribu reconocida por el gobierno federal o estatal
(nombre de la Tribu) _____

5. ¿Cuál es su género? Elija uno.

- Mujer
- Hombre
- No binario
- Uso un término diferente: _____
- Prefiero no responder**

6. ¿Cuál de los siguientes términos representa mejor lo que usted piensa de sí mismo? Elija uno.

- Lesbiana o gay
- Heterosexual, es decir, ni gay ni lesbiana
- Bisexual
- Uso un término diferente: _____
- No sé
- Prefiero no responder**

7. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura 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

8. 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

Al incluir su correo electrónico en el espacio anterior, usted se inscribe automáticamente para recibir parte de la documentación de su plan por vía electrónica.

Recibirá mucha de la documentación necesaria del plan por vía electrónica. Le enviaremos un correo electrónico cuando nuevos documentos (por ejemplo, la Explicación de Beneficios o el Aviso Anual de Cambios) están disponibles en Internet. Puede acceder a estos documentos utilizando su computadora, su tableta o su teléfono móvil.

Marque aquí si prefiere recibir por correo copias impresas de los materiales necesarios:

En lugar de recibir documentos por vía electrónica, le enviaremos por correo una copia impresa de los materiales necesarios. Tenga en cuenta que algunos documentos son muy grandes y es posible que no entren en todos los buzones de correo. Puede cambiar su preferencia de envío en cualquier momento.

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.

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

- 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 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 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

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHTN25HP0222389_000

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

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD) | <input type="checkbox"/> ICEP (miembros de MA) | <input type="checkbox"/> IEP (miembros de MA-PD que cumplen los requisitos para el 2.º IEP) | <input type="checkbox"/> OEP (1 de enero a 31 de marzo) |
| <input type="checkbox"/> OEP (personas que acaban de empezar a cumplir los requisitos) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble con cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> SEP (cambio de residencia) | <input type="checkbox"/> SEP (pérdida de la cobertura del EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (condición crónica) | <input type="checkbox"/> SEP (LIS doble sin cambio de estatus) | <input type="checkbox"/> AEP (15 de octubre a 7 de diciembre) | <input type="checkbox"/> OEPI |

Nombre del miembro _____

Nombre/N.º de ID del agente _____

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHTN25HP0222389_000

SEP (razón del Período de Elección Especial) _____

Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional)

Fecha

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

UnitedHealthcare
 P.O. Box 30769
 Salt Lake City, UT 84130-0769

Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax el frente y la parte 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 TN-Y001 (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.

Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto los costos compartidos correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.

This information is available for free in other languages. Please call our customer service number located on the back cover of this book.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente situado en la contraportada de este libro.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 6/30/2026

Y0066_ERFMA_2025_C SP

UHTN25HP0222389_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

- ✓ Los beneficios, las primas, los copagos o los coseguros pueden cambiar 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 2025

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

Use el recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. El 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 la solicitud	- -	Fecha de la solicitud	- -
Fecha de vigencia prop.	- -	Fecha de vigencia prop.	- -
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

Rx PCN: 9999

RxGRP: MPDCSP

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 un plan de seguro Medigap o complementario de Medicare 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.



Información importante: Calificación 2025 de Medicare con Estrellas

Información
oficial de
Medicare del
gobierno de los
Estados Unidos



UnitedHealthcare - H0251

En el año 2025, UnitedHealthcare - H0251 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas

Calificación de los Servicios de Salud: ★ ★ ★ ★ 4 estrellas

Calificación de los Servicios de Medicamentos: ★ ★ ★ ★ ½ 4.5 estrellas

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](https://www.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 **800-690-1606** (número gratuito) o al **711** (TTY).

Y0066_H0251_A_PR2025_M

CSTN25HP0264557_000

¿Necesita ayuda gratuita con esta carta?

Si usted habla un idioma diferente al inglés, existe ayuda gratuita disponible en su idioma. Esta página le indica cómo obtener ayuda en otro idioma. Le indica también sobre otras ayudas disponibles.

Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-690-1606 (TTY:711).

Kurdish: کوردی

ئاگاداری: ئهگهر به زمانی کوردی قهسه دهکهیت، خزمهتگوزارییهکانی یارمتهی زمان، بهخواری، بو تو بهردهسته. پهیهندی به بکه 1-800-690-1606 (TTY:711)..

Arabic: ربيّةعلا

وظةعلم: اذا ملكنتت عغلا ربيّةعلا اتمدخدةعاسملا ويةغلا رةفوتمة كة انجام. اتصل مقبر: 1-800-690-1606 مقرفتاھ صملا و مكبلا (TTY: 711)

Chinese: 繁體中文

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-690-1606 (TTY:711)。

Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-690-1606 (TTY:711).

Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-690-1606 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-690-1606 (TTY:711).

Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-690-1606 (መስማት ለተሳናቸው: TTY:711)።

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-690-1606 (TTY:711).

Laotian: ພາສາລາວ

ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີ ພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-690-1606 (TTY:711).

German: Deutsch

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-690-1606 (TTY:711).

Tagalog: Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-690-1606 (TTY:711).

Hindi: हिंदी

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-690-1606 (TTY:711). पर कॉल करें।

Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-690-1606 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Russian: Русский

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-690-1606 (телетайп: ТTY:711).

Nepali: नेपाली

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-690-1606 (टिडिवाइ: TTY:711).

Persian: فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-690-1606 تماس بگیرید. (TTY:711)

- ¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos?
- ¿Tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para su cuidado o para tomar parte en uno de nuestros programas o servicios?
- ¿O tiene más preguntas sobre su atención médica?

Llámenos gratis al 1-800-690-1606. Podemos conectarlo con la ayuda o servicio gratuito que necesite. Para el sistema TTY (Para los sordos) llame al 711.

Obedecemos las leyes de derechos civiles federales y estatales. No tratamos a las personas de manera diferente por su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo.

¿Siente que no le dimos ayuda o que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo?

Puede presentar una queja por correo, por correo electrónico o en internet. A continuación tiene tres lugares donde puede presentar dicha queja:

TennCare, Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road, 3W
Nashville, TN 37243

Email: HCFA.Fairtreatment@tn.gov

Phone: 1-855-857-1673 (TRS 711)

Puede obtener un formulario de queja en:

<https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>

Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance

P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

Email: UHC_Civil_Rights@uhc.com

Phone: 1-800-690-1606

U.S. Department of Health & Human Services, Office for Civil Rights

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Phone: 1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697)

Puede obtener un formulario de queja en:

<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>

¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

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



Llame al **1-800-690-1606**, 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



Servicios quiroprácticos de rutina

OptumHealth Care Solutions, LLC
(Optum®)
1-866-785-1654
MyUHC.com/CommunityPlan



Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum® Home Delivery Pharmacy
1-877-889-6358
MyUHC.com/CommunityPlan



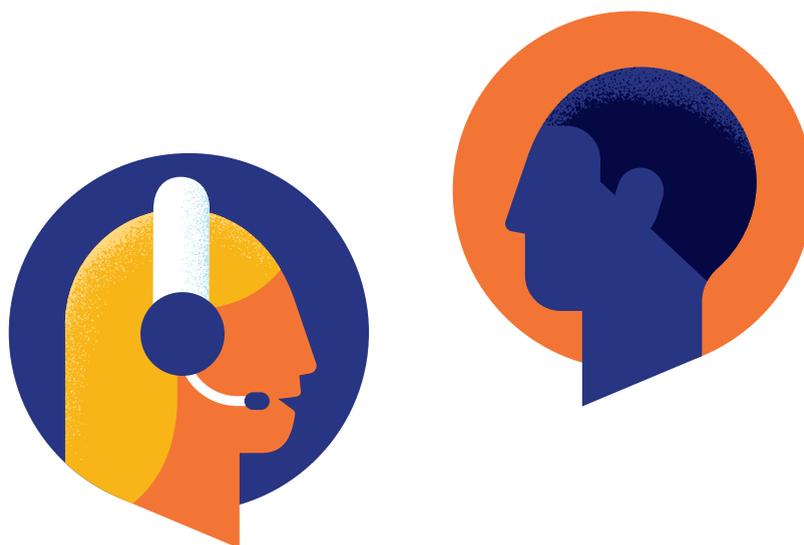
Transporte de rutina

Tennessee Carriers, Inc.
1-866-405-0238



Crédito para alimentos y productos de venta sin receta (OTC)

Solutran
1-833-853-8587
MyUHC.com/CommunityPlan



UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a miembros como usted. Puede contar con nosotros para que estemos aquí cuando nos necesite. Llámenos cuando necesite apoyo personalizado.

Con gusto le ayudaremos



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_2025_C SP

UHTN25PO0216460_001