



# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Medicare Advantage TX-0030 (Regional PPO)**  
R6801-012-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



**UHC.com/Medicare**



**Número gratuito 1-844-723-6473, TTY 711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

**United  
Healthcare®**  
Medicare Advantage

# Resumen de Beneficios

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

Este es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. Para obtener una lista completa de los servicios cubiertos, las limitaciones y las exclusiones, revise la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) en [MyUHCMedicare.com](https://www.myuhcmcare.com) o llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda. Después de que se inscriba en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

## UHC Medicare Advantage TX-0030 (Regional PPO)

Prima, deducible y límites médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Prima mensual del plan</b>	\$64	
<b>Deducible médico anual</b>	Este plan no tiene un deducible médico.	
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta)	\$7,900	
	Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor.	
	Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.	

Beneficios médicos		
	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>	\$475 de copago por día, días 1 a 5	\$475 de copago por cada día, por los días 1 a 5
Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	\$0 de copago por día, días 6 y en adelante	\$0 de copago por cada día, por los días 6 y en adelante

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b> Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.	Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>	\$0 de copago por una colonoscopia \$475 de copago, de otra manera	\$0 de copago por una colonoscopia \$475 de copago, de otra manera
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup>	\$0 de copago por una colonoscopia \$475 de copago, de otra manera	\$0 de copago por una colonoscopia \$475 de copago, de otra manera
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$475 de copago	\$475 de copago
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario	\$15 de copago	\$25 de copago
	Especialistas <sup>2</sup>	\$55 de copago	\$55 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$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	
<b>Servicios preventivos</b>	Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año*	\$0 de copago, 1 por año*
	Cubiertos por Medicare	\$0 de copago	\$0 de copago
		<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</li> <li>□ Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</li> <li>□ Visita de bienestar anual</li> <li>□ Medición de masa ósea</li> <li>□ Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>□ Exámenes cardiovasculares</li> <li>□ Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> <li>□ Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> </ul>

## Beneficios médicos

	Dentro de la red	Fuera de la red
	<ul style="list-style-type: none"><li>□ Evaluación de depresión</li><li>□ Pruebas de detección y control de la diabetes</li><li>□ Prueba de detección de hepatitis C</li><li>□ Prueba de Detección del VIH</li><li>□ Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li><li>□ Servicios de terapia de nutrición clínica</li><li>□ Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li><li>□ Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>□ Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li><li>□ Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</li><li>□ Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</li><li>□ Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</li><li>□ Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li></ul>

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.

Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

---

### Cuidado de emergencia

\$110 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) 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. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.


---

### Servicios requeridos de urgencia



\$45 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

---

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b>	Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <sup>2</sup>	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$250 de copago, de otra manera	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$250 de copago, de otra manera
	Servicios de laboratorio <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>	\$50 de copago	\$50 de copago
	Radiología terapéutica <sup>2</sup>	20% de coseguro	20% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$35 de copago	\$35 de copago
 <b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$55 de copago
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago, 1 por año *	\$55 de copago, 1 por año *

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red	
	Aparatos auditivos <sup>2</sup>	<p>\$99 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año. *</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> </ul>		
	<b>Beneficios dentales de rutina</b>	Cláusula adicional Optional Dental	Puede obtener beneficios dentales adicionales mediante una prima aparte. Para obtener más información, consulte la sección de beneficios opcionales que se encuentra más adelante.	
	<b>Servicios para la vista</b>	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
		Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas	\$0 de copago	\$0 de copago
		Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, 1 por cada año*	\$0 de copago, 1 por cada año*

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Salud mental</b>	Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup> Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$475 de copago por día, días 1 a 4 \$0 de copago por día, días 5 a 90	\$475 de copago por día, días 1 a 4 \$0 de copago por día, días 5 a 90
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$15 de copago	\$15 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$25 de copago	\$25 de copago
	Visitas virtuales de salud mental	\$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	
<b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b> Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.	\$0 de copago por cada día, días 1 a 20 \$203 de copago por cada día, días 21 a 100	\$0 de copago por día, días 1 a 20 \$203 de copago por día, días 21 a 100	
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup>	\$50 de copago	\$50 de copago
	Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>	\$35 de copago	\$35 de copago
	Visitas virtuales médicas	\$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	

## Beneficios médicos

		Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b> Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.		\$290 de copago por transporte terrestre \$290 de copago por transporte aéreo	\$290 de copago por transporte terrestre \$290 de copago por transporte aéreo
<b>Transporte de rutina</b>		Sin cobertura	Sin cobertura
<b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b> El costo compartido dentro de la red indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos.	Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>	20% de coseguro	20% de coseguro
	Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>	20% de coseguro, hasta \$35	20% de coseguro
	Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>	\$0 de copago por antígenos para alergias 20% de coseguro por todos los demás	\$0 de copago por antígenos para alergias 20% de coseguro por todos los demás
	Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.		



## Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo en 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.

Etapas de pago de medicamentos con receta				
Deducible	No hay un deducible por los medicamentos del Nivel 1 y 2. La cobertura de esos medicamentos comienza en la Etapa de Cobertura Inicial. Hay un deducible de \$570 por los medicamentos del Nivel 3, 4 y 5. Usted paga el costo total de sus medicamentos en esos niveles hasta que alcance el deducible. Luego usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.			
Cobertura Inicial	En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,000, lo que incluye la cantidad que pagó para alcanzar su deducible, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.			
Nivel de cobertura de medicamentos	Medicamentos en una farmacia minorista		Farmacia de pedidos por correo	
	Estándar	Preferida	Estándar	Preferida
	Suministro de 30 días <sup>^</sup>	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días
<b>Nivel 1:</b> Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2:</b> Genéricos <sup>3</sup>	\$14 de copago	\$42 de copago	\$0 de copago	\$42 de copago
<b>Nivel 3:</b> De Marca Preferidos	\$47 de copago	\$141 de copago	\$131 de copago	\$141 de copago
<b>Nivel 3:</b> Medicamentos de Insulina Cubiertos <sup>4</sup>	\$35 de copago	\$105 de copago	\$95 de copago	\$105 de copago
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos No Preferidos <sup>5</sup>	\$100 de copago	N/C	N/C	N/C

## Etapas de pago de medicamentos con receta

Nivel de cobertura de medicamentos	Medicamentos en una farmacia minorista		Farmacia de pedidos por correo	
	Estándar		Preferida	Estándar
	Suministro de 30 días <sup>^</sup>	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días
<b>Nivel 5:</b> De Especialidad <sup>5</sup>	26% de coseguro	N/C	N/C	N/C
<b>Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>	Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.			

### Medicamentos cubiertos adicionales

Estos medicamentos no los cubre la Parte D de Medicare y no están en la Lista de Medicamentos del plan.

Este plan cubre estos medicamentos adicionales como medicamentos del Nivel 2.

- Vitamina D (50,000)
- Sildenafil (Viagra genérico)
- Cianocobalamina (Vitamina B-12)
- Ácido fólico (1 mg)

<sup>^</sup> Los miembros que viven en centros de cuidado a largo plazo pagan lo mismo por un suministro de 31 días que por un suministro de 30-días en una farmacia minorista.

<sup>3</sup> Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Limitado a un suministro de 30-días

<b>Beneficios adicionales</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup>	\$15 de copago	\$15 de copago
<b>Manejo de la diabetes</b>	Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>	<p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se 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.</p>	50% de coseguro
	Capacitación para el automanejo de la diabetes	\$0 de copago	\$0 de copago
	Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>	20% de coseguro	50% de coseguro

<b>Beneficios adicionales</b>			
		<b>Dentro de la red</b>	<b>Fuera de la red</b>
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>	20% de coseguro	50% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	20% de coseguro	50% de coseguro
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>	\$45 de copago	\$45 de copago
	Cuidado de rutina de los pies	\$45 de copago, 6 visitas por año*	\$45 de copago, 6 visitas por año*
<b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	50% de coseguro
<b>Cuidados Paliativos</b>	Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.		
<b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>2</sup></b>		\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</b>	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$15 de copago	\$15 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>	\$25 de copago	\$25 de copago
<b>Diálisis renal<sup>2</sup></b>		20% de coseguro	20% de coseguro

<sup>2</sup> Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

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

## Beneficios complementarios opcionales

### Prima de la Cláusula Adicional Platinum Dental

\$59 adicionales por mes

La Cláusula Adicional Platinum Dental incluye beneficios de servicios dentales preventivos e integrales. Se puede comprar para reemplazar cualquier beneficio dental que posiblemente ya se ofrezca en su Plan Medicare Advantage.

## Descuentos para miembros



Como miembro del plan UnitedHealthcare Medicare Advantage, usted tendrá acceso a una colección exclusiva de descuentos en cientos de productos y servicios. Una vez que sea miembro, usted puede iniciar sesión en su sitio web para miembros y consultar la lista de descuentos disponibles para usted.

## Acerca de este plan

UHC Medicare Advantage TX-0030 (Regional PPO) es un plan Medicare Advantage RPPO que tiene un contrato con Medicare.

Para inscribirse en este plan, usted debe tener derecho a la Parte A de Medicare, debe estar inscrito en la Parte B de Medicare, debe vivir en nuestra área de servicio que se indica a continuación y debe ser un ciudadano de los Estados Unidos o su presencia en los Estados Unidos debe estar debidamente legalizada.

Nuestra área de servicio incluye **Texas**.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Medicare Advantage TX-0030 (Regional PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede disfrutar de acceso al cuidado, a los mismos costos que dentro de la red, si visita a cualquier proveedor que participe en la Red Nacional de Medicare de UnitedHealthcare® (se pueden aplicar exclusiones). Además, le ofrece la flexibilidad de visitar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las tablas anteriores aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **[UHC.com/Medicare](https://www.uhc.com/Medicare)** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

## Información necesaria

UHC Medicare Advantage TX-0030 (Regional PPO) 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. 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 desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual “Medicare y Usted”. El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov) o puede pedir una copia llamando 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 programas y actividades 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 1-866-550-4736 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 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 1-866-550-4736 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

### 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 aparatos auditivos de venta sin receta, si están disponibles, variarán según el aparato y se manejan a través del fabricante. Se pueden aplicar honorarios profesionales por única vez para 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. Tamaño de la red de servicios dentales según Zelis Network360, mayo de 2023.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

El Formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando esto ocurra.

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.

Es posible que se requiera autorizaciones adicionales para acceder a los programas de descuento. Los

descuentos descritos no se ofrecen ni se garantizan por nuestro contrato con el programa de Medicare. Además, los descuentos no están sujetos al proceso de apelación de Medicare. Cualquier disputa relacionada con esos productos y servicios puede estar sujeta al proceso de quejas formales de UnitedHealthcare. Las ofertas de descuentos pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Las ofertas de descuentos están disponibles para los miembros a través de un tercero. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de los servicios ni de la información proporcionada por terceros.

**Programa de Recompensas**

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