



# Guía de Inscripción 2026

**UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP)**

H0609-062-000

**Área de servicio:** Texas - condados de Bosque, Collin, Cooke, Coryell, Dallas, Denton, Eastland, Ellis, Erath, Fannin, Grayson, Hamilton, Hood, Hunt, Jack, Johnson, Kaufman, Lampasas, Mills, Montague, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant, Van Zandt, Wise

**United  
Healthcare®**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Acceso a una amplia selección de proveedores de la red

Este plan incluye una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de cuidado 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 C-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 de copago por servicios preventivos cuando se reciben dentro de la red.**



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



**Este plan tiene un máximo anual de gastos de su bolsillo.**



**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/Medicare](https://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. 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 Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

### Costos del plan

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0
<b>Deducible médico anual</b> (se aplica a ciertos beneficios médicos)	\$0
<b>Máximo anual de gastos de su bolsillo</b> (lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto)	\$3,900

### Beneficios del plan

#### Visita al consultorio médico

Proveedor de cuidado primario (PCP)	\$0 de copago
Especialista	\$35 de copago (se necesita una referencia)
Visitas virtuales	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo

#### Servicios preventivos

\$0 de copago

#### Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados

\$325 de copago por día, días 1 a 6  
\$0 de copago por día, días 7 y en adelante

#### Centro de enfermería especializada (SNF)

\$0 de copago por día, días 1 a 20  
\$218 de copago por día, días 21 a 100



#### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)

\$325 de copago





Beneficios del plan	
<b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>	
Terapia de grupo	\$15 de copago
Terapia individual	\$25 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
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	
Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)	20% de coseguro
Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)	20% de coseguro
<b>Suministros para el control de la diabetes</b>	\$0 de copago
<b>Servicios de radiodiagnóstico</b> (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])	\$260 de copago
<b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (no radiológicos)	\$60 de copago
<b>Servicios de laboratorio</b>	\$0 de copago
<b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>	\$25 de copago
<b>Ambulancia</b>	\$275 de copago por transporte terrestre o aéreo
<b>Cuidado de emergencia</b>	\$150 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>	\$65 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

## Beneficios adicionales del plan

<b>Examen médico de rutina</b>		\$0 de copago, 1 por año
 <b>Servicios para la audición</b>	Examen de audición de rutina	\$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva
	Aparatos auditivos	<p>\$199 - \$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>• Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta</li> <li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios</li> <li>• 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> <li>• Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura</li> </ul>
 <b>Beneficios dentales de rutina</b> <p>Con cobertura dentro y fuera de la red.</p>	Servicios preventivos	<p>\$0 de copago por los servicios preventivos cubiertos, como exámenes bucales, radiografías, limpiezas de rutina y fluoruro:*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin deducible anual</li> <li>• Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes</li> <li>• Posibilidad de consultar a cualquier dentista</li> </ul>
	Cláusula Adicional Optional Dental	<p>Por \$44 adicionales por cada mes, usted obtendrá acceso a una cobertura dental que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$1,500 por cada año para servicios dentales cubiertos a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental*</li> <li>• \$0 de copago por servicios preventivos de la red cubiertos, como exámenes, limpiezas de rutina, radiografías y fluoruro</li> <li>• 50% de coseguro por todos los servicios integrales de la red cubiertos, como empastes dentales, coronas, conductos radiculares, dentaduras postizas, puentes y extracciones</li> </ul>

## Beneficios adicionales del plan

 <b>Servicios para la vista</b>	Examen de la vista de rutina	\$0 de copago, por un examen de la vista de rutina para proteger la vista y la salud
	Artículos para la vista de rutina	<p>Una asignación de \$150 cada 2 años para 1 par de marcos o lentes de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes con receta estándar gratuitos, incluso los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar)</li> <li>• Otros lentes cubiertos disponibles con copagos de \$40 – \$153</li> <li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de Medicare Advantage de proveedores de servicios para la vista y de proveedores de tiendas minoristas</li> <li>• Artículos para la vista disponibles a través de proveedores en Internet, incluso Warby Parker y GlassesUSA</li> <li>• Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red de UnitedHealthcare Vision</li> </ul>
 <b>Programa de acondicionamiento físico</b>	<p>\$0 de copago</p> <p>Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo adicional e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales</li> <li>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li>• Actividades para ejercitar la memoria por Internet</li> </ul>	
<b>Cuidado de los pies - de rutina</b>		\$35 de copago, 6 visitas por cada año

## Beneficios adicionales del plan



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

\$50 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), además de alimentos saludables para miembros que califiquen

- Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más
- Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
- Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

### Programa Rewards

Gane hasta \$165 en recompensas si usted comienza en enero<sup>Ω</sup>

### 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)

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

## ¿Qué es el coseguro?

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

## Etapas de pago de medicamentos con receta

### Deducible

\$0 por los medicamentos con receta del Nivel 1 y 2 de la Parte D  
\$440 por los medicamentos con receta del Nivel 3, 4, 5

### Cobertura Inicial

En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,100, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Etapas de pago de medicamentos con receta		
Nivel de cobertura de medicamentos	Farmacia Minorista Estándar (suministro de 30 días)	Farmacia de Pedidos por Correo (suministro de 100 días)
Nivel 1: Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 2: Genéricos <sup>1</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago
Nivel 3: De Marca Preferidos	23% de coseguro	23% de coseguro
Insulina Cubierta <sup>2</sup>	23%, hasta \$25 de copago	23%, hasta \$75 de copago
Nivel 4: Medicamentos No Preferidos <sup>3</sup>	44% de coseguro	N/C
Nivel 5: De Especialidad <sup>3</sup>	28% de coseguro	N/C
Cobertura de Gastos Médicos Mayores	Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D por Medicare durante el resto del año del plan.	

<sup>1</sup> Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos

<sup>2</sup> Usted no paga más del 23% del costo total de un medicamento o \$25 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0.

<sup>3</sup> Limitado a un suministro de 30 días

**Tiene a su disposición cláusulas adicionales opcionales - Para obtener información, consulte el Resumen de Beneficios o la Evidencia de Cobertura**

**Escanee este código para ver su Resumen de Beneficios**





El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

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

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2026\_SP\_M H0609062000

UHTX26HP0335763\_000

# Cláusula Adicional Platinum Dental

## Beneficio Complementario Opcional

Como miembro de UnitedHealthcare, usted tiene la opción de obtener cobertura dental a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental por una tarifa mensual adicional. Esta tarifa es aparte de cualquier prima que pague por su plan Medicare Advantage y por la cobertura de la Parte B de Medicare.

### Por unos \$44 adicionales por mes, usted obtendrá acceso a una cobertura dental que incluye los siguientes beneficios:

- \$1,500 por cada año para servicios dentales cubiertos a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental.
- \$0 de copago por servicios preventivos de la red cubiertos, como exámenes, limpiezas de rutina, radiografías y fluoruro.
- 50% de coseguro por todos los servicios integrales de la red cubiertos, como empastes dentales, coronas, conductos radiculares, dentaduras postizas, puentes y extracciones.
- Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes. Hay disponible cobertura fuera de la red. Si usted elige consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0.

Puede inscribirse en la cláusula adicional dental cuando se inscriba en su plan Medicare Advantage. Si no se inscribe en ese momento, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su UCard® de UnitedHealthcare o visitar la sección “Coverage & Benefits” (Cobertura y Beneficios) de su sitio web para miembros a fin de inscribirse en la cláusula adicional dental en un plazo no mayor de 3 meses después de que comience la cobertura de su plan.

Si se inscribe en la cláusula adicional cuando se inscriba en su plan, la cobertura de su cláusula adicional comenzará cuando comience su plan. Si espera para inscribirse en un plazo no mayor de 3 meses después de que comience su plan, la cobertura de su cláusula adicional comenzará el primer día del mes después de comprar la cláusula adicional.

La forma más fácil de encontrar un dentista de la red en su área es escanear el código QR a continuación. O puede visitar **UHC.com/Medicare** y elegir “**Shop Medicare plans**” (**Comprar planes de Medicare**) en la parte superior de la página. Desde ahí, elija “**Find a dentist**” (**Buscar un dentista**).

### Se pueden aplicar exclusiones:

- Servicios dentales que no son necesarios
- Hospitalización u otros cargos de un centro
- Todo procedimiento dental que se realice únicamente por razones cosméticas o estéticas
- Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental
- Todo procedimiento que no se realice dentro de un centro dental
- Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad o lesión dental, o una anomalía dental congénita

Escanee aquí para  
buscar un dentista  
de la red en su área





- Procedimientos que se consideren experimentales, en investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo sobre Terapéutica Dental de la American Dental Association. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, en investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una enfermedad en particular no implica que tendrá cobertura si el procedimiento se considera experimental, en investigación o no comprobado para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
- Servicios por lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o de responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a las personas cubiertas de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o por Medicare.
- Gastos de procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta cumpliera los requisitos de participación en el plan
- Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza, incluso los servicios dentales para los problemas dentales que surgieron antes de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza
- Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es familiar de la persona cubierta, como un cónyuge, hermanos, padres o hijos
- Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación, por impuesto sobre las ventas o por duplicar o copiar los registros del paciente
- Implantes y servicios relacionados con implantes
- Blanqueo dental o microabrasión del esmalte
- Carillas dentales
- Ortodoncia
- Liberación sostenida de un medicamento terapéutico (D9613)
- Exámenes, pruebas de detección de la COVID-19 y vacunas contra esta enfermedad
- Cargos relacionados con la administración de casos dentales, la presentación de casos, la consulta con otros profesionales médicos o los servicios de traducción o de lenguaje de señas
- Mantenedores de espacio
- Cualquier procedimiento no especificado según indique el informe (Códigos dentales: D##99)

El tamaño de la red varía según el mercado local.





# Resumen de Beneficios 2026

**UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP)**

H0609-062-000

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 1-866-367-7527, TTY 711**

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

**United  
Healthcare®**

# Resumen de Beneficios

## Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026

Este es un resumen de lo que cubrimos y 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://myUHCmedicare.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 Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP)

### Prima, deducible y límites médicos

<b>Prima mensual del plan</b>	\$0 Usted tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare
<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)	\$3,900  Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.  Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.

### Beneficios médicos

<b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b> <sup>1,2</sup>	\$325 de copago por día, días 1 a 6 \$0 de copago por día, días 7 y en adelante
Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.	

## Beneficios médicos

<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>1,2</sup>	\$0 de copago por una colonoscopia \$275 de copago, de otra manera
	Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>1,2</sup>	\$0 de copago por una colonoscopia \$325 de copago, de otra manera
	Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$325 de copago
<b>Visitas al médico</b>	Proveedor de cuidado primario	\$0 de copago
	Especialistas <sup>1,2</sup>	\$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
<b>Servicios preventivos</b>	Examen médico de rutina	\$0 de copago, 1 por año

## Beneficios médicos

Cubiertos por  
Medicare

\$0 de copago

- Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal
- Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol
- Visita de bienestar anual
- Medición de masa ósea
- Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)
- Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)
- Exámenes cardiovasculares
- Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina
- Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)
- Evaluación de depresión
- Pruebas de detección y control de la diabetes
- Prueba de detección de hepatitis C
- Prueba de Detección del VIH
- Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)
- Servicios de terapia de nutrición clínica
- Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)
- Evaluación y asesoramiento sobre obesidad
- Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)
- Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas
- Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)
- Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19
- Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)


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.

## Beneficios médicos

<b>Cuidado de emergencia</b>		\$150 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.
<b>Servicios requeridos de urgencia</b>		\$65 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita
<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>1,2</sup>	\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico \$260 de copago, de otra manera
	Servicios de laboratorio <sup>1,2</sup>	\$0 de copago
	Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>1,2</sup>	\$60 de copago
	Radiología terapéutica <sup>1,2</sup>	20% de coseguro
	Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$25 de copago

## Beneficios médicos

 <b>Servicios para la audición</b>	Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>1,2</sup>	\$0 de copago
	Examen de audición de rutina	\$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva
	Aparatos auditivos <sup>2</sup>	<p>\$199 - \$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>• Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta</li> <li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios</li> <li>• 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> <li>• Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura</li> </ul>

## Beneficios médicos



### Beneficios dentales de rutina

Con cobertura dentro y fuera de la red

Servicios preventivos

\$0 de copago por los servicios preventivos cubiertos, como exámenes bucales, radiografías, limpiezas de rutina y fluoruro:\*

- Sin deducible anual
- Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes
- Posibilidad de consultar a cualquier dentista

Cláusula adicional  
Optional Dental

Por \$44 adicionales por cada mes, usted obtendrá acceso a una cobertura dental que incluye:

- \$1,500 por cada año para servicios dentales cubiertos a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental\*
- \$0 de copago por servicios preventivos de la red cubiertos, como exámenes, limpiezas de rutina, radiografías y fluoruro
- 50% de coseguro por todos los servicios integrales de la red cubiertos, como empastes dentales, coronas, conductos radiculares, dentaduras postizas, puentes y extracciones

## Beneficios médicos



### Servicios para la vista

Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>1,2</sup>	\$0 de copago
Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas <sup>1</sup>	\$0 de copago
Examen de la vista de rutina	\$0 de copago por un examen de la vista de rutina para proteger la vista y la salud
Artículos para la vista de rutina	<p>Una asignación de \$150 cada 2 años para 1 par de marcos o lentes de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes con receta estándar gratuitos, incluso los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar)</li> <li>• Otros lentes cubiertos disponibles con copagos de \$40 – \$153</li> <li>• Acceso a una de las redes nacionales más grandes de Medicare Advantage de proveedores de servicios para la vista y de proveedores de tiendas minoristas</li> <li>• Artículos para la vista disponibles a través de proveedores en Internet, incluso Warby Parker y GlassesUSA</li> <li>• Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red de UnitedHealthcare Vision</li> </ul>



## Beneficios médicos

<b>Salud mental</b>	Visita como paciente hospitalizado <sup>1,2</sup> Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$325 de copago por día, días 1 a 6 \$0 de copago por día, días 7 a 90
	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$15 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>1,2</sup>	\$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>1,2</sup></b> Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.		\$0 de copago por cada día, días 1 a 20 \$218 de copago por cada día, días 21 a 100
<b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>	Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje <sup>1,2</sup>	\$35 de copago
	Visita de terapia ocupacional <sup>1,2</sup>	\$35 de copago
<b>Ambulancia<sup>2</sup></b> Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.		\$275 de copago por transporte terrestre \$275 de copago por transporte aéreo
<b>Transporte de rutina</b>		Sin cobertura

## Beneficios médicos

### Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare

El costo compartido 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
Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>	20% de coseguro, hasta \$35
Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>	\$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.	

## ¿Qué es el coseguro?

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

## 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 \$440 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 \$2,100, lo que incluye la cantidad que pagó para alcanzar su deducible, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

Etapas de pago de medicamentos con receta			
Nivel de cobertura de medicamentos	Medicamentos en una farmacia minorista		Farmacia de pedidos por correo
	Suministro de 30 días <sup>^</sup>	Suministro de 100 días	Suministro de 100 días
<b>Nivel 1:</b> Genéricos Preferidos	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 2:</b> Genéricos <sup>3</sup>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
<b>Nivel 3:</b> De Marca Preferidos	23% de coseguro	23% de coseguro	23% de coseguro
Insulina Cubierta <sup>4</sup>	23%, hasta \$25 de copago	23%, hasta \$75 de copago	23%, hasta \$75 de copago
<b>Nivel 4:</b> Medicamentos No Preferidos <sup>5</sup>	44% de coseguro	N/C	N/C
<b>Nivel 5:</b> De Especialidad <sup>5</sup>	28% de coseguro	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.		

## Etapas de pago de medicamentos con receta

### 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 no paga más del 23% del costo total de un medicamento o \$25 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0.

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

## Beneficios adicionales

### Servicios

#### quiropáticos

Cuidado quiropático cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)<sup>1,2</sup>

\$20 de copago

### Manejo de la diabetes

Suministros para el Control de la Diabetes<sup>2</sup>


\$0 de copago

Capacitación para el automanejo de la diabetes

\$0 de copago

Plantillas o zapatos terapéuticos<sup>2</sup>

\$0 de copago

Beneficios adicionales		
<b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>	20% de coseguro
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>	20% de coseguro
 <b>Programa de acondicionamiento físico</b>		<p>\$0 de copago</p> <p>Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo adicional e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales</li> <li>• Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li>• Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li>• Actividades para ejercitar la memoria por Internet</li> </ul>
<b>Cuidado de los pies</b> (servicios de podiatría)	Exámenes y tratamiento de los pies <sup>1,2</sup>	\$35 de copago
	Cuidado de rutina de los pies	\$35 de copago, 6 visitas por año
<b>Beneficio de comidas<sup>2</sup></b>		\$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)
<b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>1,2</sup></b>		\$0 de copago
<b>Cuidados para Enfermos Terminales</b>		Usted no paga nada por los cuidados para enfermos terminales recibidos de cualquier centro 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 para enfermos terminales están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.

## Beneficios adicionales

### Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides<sup>2</sup>

\$0 de copago

### Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias

Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>

\$15 de copago

Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios<sup>1,2</sup>

\$25 de copago



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

\$50 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), además de alimentos saludables para miembros que califiquen

- Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más
- Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
- Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

### Diálisis renal<sup>1,2</sup>

20% de coseguro

<sup>1</sup> Se requiere una referencia de su médico.

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

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

## Beneficios complementarios opcionales

### Prima de la Cláusula Adicional Platinum Dental

\$44 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 Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMOPOS 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.

El plan UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP) es un Plan para Personas con Necesidades Especiales por Condiciones Crónicas o Incapacitantes, está diseñado para ayudar, específicamente, a las personas que tienen una o más de las siguientes condiciones: Enfermedades Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica y Diabetes.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Texas:** Bosque, Collin, Cooke, Coryell, Dallas, Denton, Eastland, Ellis, Erath, Fannin, Grayson, Hamilton, Hood, Hunt, Jack, Johnson, Kaufman, Lampasas, Mills, Montague, Palo Pinto, Parker, Rockwall, Somervell, Tarrant, Van Zandt, Wise.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Hay servicios dentales de rutina, para los que puede utilizar proveedores que no están en nuestra red. Este plan de salud requiere que usted elija un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red. Su proveedor de cuidado primario se encarga de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina y será el responsable de coordinar todo su cuidado. Si necesita consultar a un especialista de la red o a otro proveedor de la red, es posible que tenga que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario. Antes de elegir a su proveedor de cuidado primario del plan, le conviene informarse de cuáles serían los especialistas y los hospitales que dicho proveedor le recomendaría o para los que le daría una referencia. 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** 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 Complete Care TX-3P (HMO-POS C-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. 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 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: 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 7 a.m.-10 p.m. CT: 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.

### 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. Tamaño de la red de servicios para la vista según Zelis Network360, marzo de 2023. Examen de la vista de rutina anual y asignación de \$100-450 para lentes de contacto o marcos de diseñador, con lentes estándar (monofocales, bifocales, trifocales o progresivos estándar) con cobertura total, ya sea anualmente 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

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

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

Los beneficios de productos de venta sin receta (over the counter, OTC) y alimentos tienen plazos de vencimiento. Revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información. El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan.

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

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.

# Recursos útiles

## Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

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

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

## Recursos para cuidadores

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

## UnitedHealthcare está 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. Podríamos ayudar a conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida – todo sin costo adicional 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 solicitar ayuda, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, para obtener más información sobre los programas y requisitos de participación.

## Medicare Explicado

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



[MedicareMadeClear.com](https://MedicareMadeClear.com)

# Antes de inscribirse

Es importante que entienda este Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP) y qué beneficios están cubiertos. Puede encontrar la Lista de Medicamentos, los directorios de Proveedores y Farmacias, la Evidencia de Cobertura y mucho más en **UHC.com/Medicare**.



## ¿Están cubiertos sus medicamentos? Consulte la Lista de Medicamentos (Formulario) para asegurarse.

Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel, menos tendrá que pagar. Los medicamentos que no están cubiertos por el plan se podrían reemplazar por medicamentos alternativos cubiertos.



## ¿Usó nuestra Calculadora de Costos Aproximados de Medicamentos en Internet?

Encuentre medicamentos cubiertos, calcule los costos y vea si hay una versión genérica más económica. Visite **UHCdrugcosts.com** o escanee el código a continuación.



## ¿Están sus proveedores dentro de la red?

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



## ¿Su farmacia está dentro de la red?

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



## ¿Revisó el Resumen de Beneficios?

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

## Usted cumple los requisitos para inscribirse si:



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Tiene diabetes, insuficiencia cardíaca o una enfermedad cardiovascular



Vive en el área de servicio del plan

Escanee este código para acceder a la calculadora de costos aproximados de medicamentos



# Cómo inscribirse

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



## En internet

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

- 1 Ingrese su código postal
- 2 Navegue hasta la sección **Medicare Advantage**
- 3 Busque el plan **UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP)** y elija el botón **“Enroll” (Inscribirse)**
- 4 Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

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



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-866-367-7527**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o programar una cita con un agente en su área.

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



Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O envíenos una Solicitud de Inscripción Llenada.

Escanee este código  
para inscribirse  
en Internet



# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

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



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta en Internet



Su UCard llega por  
correo postal –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece  
a usar su plan

## **Usted está inscrito en un Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas (Chronic Special Needs Plan, C-SNP)**

Este plan tiene beneficios diseñados para ayudar a controlar la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la insuficiencia cardíaca crónica.

Para seguir inscrito en este plan, Medicare requiere que verifiquemos su enfermedad crónica en un plazo no mayor de 60 días después de que comience su cobertura. Nos comunicaremos con su proveedor para verificar su enfermedad crónica. Por ahora, usted no tiene que hacer nada. Si no podemos verificar su enfermedad crónica en un plazo de 30 días, le enviaremos una carta con los próximos pasos.

### **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 **myUHCMedicare.com**. En Internet, usted puede:

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

## Use su UCard cuando

- Visite a un proveedor o surta una receta
- Compre productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y alimentos saludables
  - Use el crédito cargado en su UCard como pago en tiendas o en Internet. Los alimentos cubiertos incluyen alimentos genéricos y de marca frescos, enlatados y congelados, entre ellos:

▪ Frutas	▪ Productos lácteos	▪ Pan, cereales, pasta, etc.
▪ Verduras	▪ Carne, pescados y mariscos	▪ Batidos y barritas nutricionales
▪ Comidas congeladas	▪ Frijoles y legumbres	▪ Agua y agua enriquecida con vitaminas
▪ Kits de ensaladas frescas	▪ Harina, azúcar, especias, etc.	▪ Sopas
- Los productos de venta sin receta incluyen analgésicos, remedios para el resfrío, vitaminas y más.
- Gaste sus recompensas ganadas
- Se registre en el gimnasio

## Una vez que comience su cobertura

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

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

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



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 Preevaluación para Enfermedades Crónicas

Para inscribirse en un Plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas, Medicare exige que su enfermedad crónica sea verificada por el consultorio de su médico tratante.

Responda las siguientes preguntas y llene la información solicitada en la página siguiente para que su médico tratante pueda verificar su enfermedad crónica.

## Preguntas clínicas para precalificación

Esta es una preevaluación. Su médico tratante realizará una verificación adicional una vez que usted se inscriba en el plan.

### Responda estas preguntas:

#### I. Diabetes mellitus (Nota: Un diagnóstico de prediabetes no califica para este plan.)

- |                                                                                                                                         |                          |    |                          |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Le dijo un médico o una clínica que usted tiene diabetes (demasiada glucosa en la sangre o en la orina, o niveles altos de azúcar)? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 2. ¿Alguna vez le recetaron o está usando insulina o un medicamento oral para tratar la diabetes?                                       | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

---

#### II. Insuficiencia cardíaca crónica

- |                                                                                                                                                          |                          |    |                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Le dijo un médico o una clínica que usted tiene insuficiencia cardíaca crónica o congestiva (líquido o agua en los pulmones o el corazón)?           | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 2. ¿Experimentó anteriormente acumulación de líquido en los pulmones, hinchazón en las piernas y dificultad para respirar debido a un problema cardíaco? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 3. En el último año, ¿le aconsejó un profesional de cuidado de la salud que se pese todos los días para controlar el corazón?                            | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

---

#### III. Enfermedades cardiovasculares

- |                                                                                                                                     |                          |    |                          |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----|
| 1. ¿Le diagnosticaron una frecuencia cardíaca irregular (como fibrilación auricular), enfermedad cardíaca o arteriopatía coronaria? | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 2. ¿Le dijeron que tiene enfermedad vascular periférica, mala circulación o claudicación en las piernas?                            | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 3. ¿Tiene úlceras crónicas en la piel o problemas en las venas de las piernas?                                                      | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 4. ¿Le recetaron anticoagulantes, como warfarin o clopidogrel, para una enfermedad cardíaca?                                        | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 5. ¿Tiene un marcapasos o desfibrilador interno?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |
| 6. ¿Le han hecho una angioplastia, una cirugía de bypass o le han colocado stents en el corazón o en las piernas?                   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No |

**No se garantiza la inscripción en el plan con solo llenar esta preevaluación. Todos los Planes para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas requieren la verificación de un médico tratante para la inscripción en el plan.**

# Autorización para la Divulgación de Enfermedades Crónicas

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. Después de llenar este formulario, devuélvalo junto con la solicitud de inscripción de su plan. **No** le lleve este formulario a su médico tratante.

## Información sobre el médico tratante:

Nombre completo:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de fax:

Dirección de correo electrónico:

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

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

**¿Ha consultado a este proveedor en los últimos 2 años?**

☐ Sí

☐ No



## Solicitud de Inscripción 2026

☐ UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP) H0609-062-000

### Elija beneficios complementarios opcionales además de lo que está incluido en su plan

Puede agregar la siguiente cláusula adicional de beneficios por un costo adicional. Puede comprar la cláusula adicional ahora mientras se inscribe o durante los 3 meses después de la fecha de vigencia. Consulte el Resumen de Beneficios para obtener más información, como los costos.

#### ☐ Cláusula Adicional Platinum Dental

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

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
N.º de teléfono residencial (      )      —	N.º de teléfono móvil (      )      —	

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

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

N.º 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

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_EFMA\_2026\_C SP

UHTX26HP0322052\_000

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

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

**¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta?**

☐ Sí ☐ No

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

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

Nombre del otro seguro

N.º de miembro	N.º de grupo	RxBin	RxPCN (opcional)
----------------	--------------	-------	---------------------

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

### ¿Qué métodos de pago desea usar?

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

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

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

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

☐ Pago con el cheque del Seguro Social

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

☐ Pago directamente desde una cuenta bancaria

Tipo de cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

N.º de ruta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

N.º de cuenta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_



\* Los miembros inscritos en el programa de Transferencia Electrónica de Fondos deben aceptar las siguientes condiciones: Mi banco puede pagar a UnitedHealthcare Insurance Company los nuevos cargos desde mi cuenta bancaria, que pueden incluir hasta \$200.00 de los cargos retroactivos actuales más la prima mensual. Si decido dejar de realizar pagos mediante Transferencia Electrónica de Fondos, comunicaré esta decisión tanto a UHC como a mi banco. Entiendo que podría llevar de 1 a 2 meses procesar el cambio.

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

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

☐ Inglés ☐ Español

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

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-866-367-7527**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **UHC.com/Medicare** para recibir ayuda por Internet. **Si no elige ninguna opción, recibirá la información del plan en inglés.**

### 2. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

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

(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura del Seguro por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos)

☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud

N.º de miembro

### 3. 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.)

Nombre del miembro

Nombre/N.º de ID del agente

Y0066\_EFMA\_2026\_C SP

UHTX26HP0322052\_000

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor?

☐ Sí ☐ No

## Lea y firme

### Al llenar esta solicitud, acuerdo que:

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

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

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

Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_EFMA\_2026\_C SP

UHTX26HP0322052\_000



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**

**Datos** (\* No un Agente de Ventas)

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

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

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

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

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

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

**Para ser llenado por el agente de ventas**

Nombre del miembro \_\_\_\_\_  
 Nombre/N.º de ID del agente \_\_\_\_\_

Y0066\_EFMA\_2026\_C SP

UHTX26HP0322052\_000

- |                                                                                        |                                                                |                                                                                             |                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <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 de EGHP) |
| <input type="checkbox"/> SEP (enfermedad 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                                  |
| <input type="checkbox"/> SEP (razón del Período de Elección Especial) _____            |                                                                |                                                                                             |                                                                |

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

**Fecha**

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

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30770  
Salt Lake City, UT 84130-0770  
Fax: 1-888-950-1170

Envíe por fax la parte de adelante y de atrás de cada hoja

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

UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-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. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 12/31/2026

Y0066\_EFMA\_2026\_C SP

UHTX26HP0322052\_000

## Lista de Verificación de Inscripción

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

### Explicación de los beneficios

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

### Explicación de reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ Es posible que los beneficios sean modificados el 1 de enero de cada año.
- ✓ Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados). Consulte la Evidencia de Cobertura para saber qué servicios fuera de la red están cubiertos por este plan. Sin embargo, aunque pagaremos los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar tratarle. Excepto en una situación de emergencia o de urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle el cuidado. Además, usted pagará un costo compartido más alto por los servicios recibidos de proveedores no contratados.
- ✓ 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 por Enfermedades Crónicas (Chronic Condition Special Needs Plan, C-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene una enfermedad crónica específica, grave o discapacitante, que califica.

# Recibo de inscripción 2026

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

Use este recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. Este recibo no es garantía de inscripción.

**Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.**

## Solicitante 1:

Nombre

Fecha de solicitud

Fecha de vigencia propuesta

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

## Solicitante 2 (si corresponde):

Nombre

Fecha de solicitud

Fecha de vigencia propuesta

Nombre del plan

Tipo de plan

Plan de salud/N.º de PBP

N.º de registro de inscripción (si corresponde)

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

Nombre y n.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

**RxBIN: 610097**

**RxPCN: 9999**

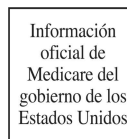
**RxGRP: COS**

**Estamos aquí para ayudarle.** Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-866-367-7527**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

**Recordatorio importante** - No necesita tener un plan de Medigap ni un plan de seguro complementario con un plan Medicare Advantage. Si actualmente tiene un plan de Medigap, comuníquese con la compañía de seguros para cancelarlo una vez que comience la cobertura de su plan Medicare Advantage.



# Información importante: Calificación 2025 de Medicare con Estrellas



## UnitedHealthcare - H0609

En el año 2025, UnitedHealthcare - H0609 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ★ ½ 4.5 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

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

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO

★ DEFICIENTE

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

### 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 **800-555-5757** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **866-550-4736** (número gratuito) o al **711** (TTY).

## Notificación de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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

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

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar un reclamo al coordinador de derechos civiles:

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

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

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

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

En línea:: **<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

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

Por correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Los formularios de reclamos están disponibles en:

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

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











## Notas y apuntes



## Notas y apuntes







## Notas y apuntes











# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Complete Care TX-3P (HMO-POS C-SNP)

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



Llame al **1-866-550-4736**, TTY **711**, 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **myUHCMedicare.com** para:

- Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



### Aparatos auditivos

UnitedHealthcare Hearing  
1-855-523-9355  
UHChearing.com/Medicare



### Servicios para la vista de rutina

Proveedores de la red del plan en su área de servicio  
1-866-550-4736  
MyUHCMedicare.com

Si usted pertenece a un grupo médico o a una Asociación de Médicos Independientes, consulte el Directorio de Proveedores.



### Beneficios dentales de rutina

UnitedHealthcare Dental  
1-866-550-4736  
MyUHCMedicare.com



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum® Home Delivery Pharmacy  
1-877-889-6358  
MyUHCMedicare.com



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

Solutran  
1-833-845-8798  
MyUHCMedicare.com



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

## Haga clic. Llame. Conéctese.



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



**UHC.com/Medicare**



Llame al número gratuito **1-866-367-7527**, TTY **711** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Escanee este  
código para  
descargar la  
aplicación  
**UnitedHealthcare**



Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2026\_C SP

UHTX26HP0315698\_000