



# Resumen de Beneficios 2026

**UHC Nursing Home Plan TX-F001 (PPO I-SNP)**

H0710-020-000

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 1-855-544-4342, 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 Nursing Home Plan TX-F001 (PPO I-SNP)

| Prima, deducible y límites médicos                                   |                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                      | Dentro de la red                                                                                                                                                                                      | Fuera de la red                                                                                                                                      |
| Prima mensual del plan                                               | \$4.80                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                      |
| Deducible médico anual                                               | Este plan no tiene un deducible médico.                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                      |
| Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta) | \$9,250                                                                                                                                                                                               | \$13,900                                                                                                                                             |
|                                                                      | 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.                                                | Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor. |
|                                                                      | Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad. |                                                                                                                                                      |

| Beneficios médicos                                                                               |                                    |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
|                                                                                                  | Dentro de la red                   | Fuera de la red                    |
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados <sup>2</sup>                                  | \$1,400 de copago por cada estadía | \$1,400 de copago por cada estadía |
| Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. |                                    |                                    |

| Beneficios médicos                                                                                                                                 |                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                    |                                                                                   | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fuera de la red                                     |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>                                  | \$0 de copago por una colonoscopia<br>20% de coseguro, de otra manera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 30% de coseguro                                     |
|                                                                                                                                                    | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup> | \$0 de copago por una colonoscopia<br>20% de coseguro, de otra manera                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 30% de coseguro                                     |
|                                                                                                                                                    | Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>   | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 30% de coseguro                                     |
| <b>Visitas al médico</b>                                                                                                                           | Proveedor de cuidado primario                                                     | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 30% de coseguro                                     |
|                                                                                                                                                    | Especialistas <sup>2</sup>                                                        | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 30% de coseguro                                     |
|                                                                                                                                                    | 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*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 30% de coseguro, 1 por año*                         |
|                                                                                                                                                    | Cubiertos por Medicare                                                            | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0 de copago - 30% de coseguro (según el servicio) |
|                                                                                                                                                    |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)<br><input type="checkbox"/> Exámenes cardiovasculares<br><input type="checkbox"/> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina<br><input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)<br><input type="checkbox"/> Evaluación de depresión |                                                     |
|                                                                                                                                                    |                                                                                   | <input type="checkbox"/> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal<br><input type="checkbox"/> Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol<br><input type="checkbox"/> Visita de bienestar anual<br><input type="checkbox"/> Medición de masa ósea<br><input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)                                                                                              |                                                     |

## Beneficios médicos

|                                                                                                                                                                                                                                                                   | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Pruebas de detección y control de la diabetes</li><li><input type="checkbox"/> Prueba de detección de hepatitis C</li><li><input type="checkbox"/> Prueba de Detección del VIH</li><li><input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li><li><input type="checkbox"/> Servicios de terapia de nutrición clínica</li><li><input type="checkbox"/> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li><li><input type="checkbox"/> Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</li><li><input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</li><li><input type="checkbox"/> Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</li><li><input type="checkbox"/> Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</li><li><input type="checkbox"/> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li></ul> |
| <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.</p> <p>Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Cuidado de emergencia</b>                                                                                                                                                                                                                                      | \$115 de copago 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>                                                                                                                                                                                                                           | \$40 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

| Beneficios médicos                                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                                                             |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                       |                                                                                                                                    | Dentro de la red                                                                            | Fuera de la red                                                                               |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b>                                    | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <sup>2</sup> | \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico<br>20% de coseguro, de otra manera         | 30% de coseguro                                                                               |
|                                                                                                                       | Servicios de laboratorio <sup>2</sup>                                                                                              | \$0 de copago                                                                               | \$0 de copago                                                                                 |
|                                                                                                                       | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>                                                                               | 20% de coseguro                                                                             | 30% de coseguro                                                                               |
|                                                                                                                       | Radiología terapéutica <sup>2</sup>                                                                                                | 20% de coseguro                                                                             | 30% de coseguro                                                                               |
|                                                                                                                       | Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                              | 20% de coseguro                                                                             | 30% de coseguro                                                                               |
|  <b>Servicios para la audición</b> | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>2</sup>                                           | 20% de coseguro                                                                             | 30% de coseguro                                                                               |
|                                                                                                                       | Examen de audición de rutina                                                                                                       | \$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva* | 30% de coseguro por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva* |

## Beneficios médicos

|                                                                                     |                                                             | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                     | Aparatos auditivos <sup>2</sup>                             | <p>Una asignación de \$2,200 para 2 aparatos auditivos cada 2 años*</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>                        | 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> |
|  | <b>Servicios para la vista</b>                              | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>20% de coseguro</p> <p>30% de coseguro</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                     | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                     | Examen de la vista de rutina                                | \$0 de copago por un examen de la vista de rutina para proteger la vista y la salud*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 30% de coseguro por un examen de la vista de rutina cada año para proteger la vista y la salud*                                                                                                                                                                                                                                           |

| Beneficios médicos |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                    |                                                                                                                                                    | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fuera de la red                                  |
|                    | Artículos para la vista de rutina                                                                                                                  | Una asignación de \$300 cada año para 1 par de marcos o lentes de contacto* <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lentes con receta estándar gratuitos, incluso los lentes monofocales, bifocales, trifocales y progresivos de Nivel I (estándar) — todos con un revestimiento resistente a rayaduras</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> </ul> |                                                  |
| Salud mental       | Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup><br>Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado | \$1,400 de copago por cada estadía                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$1,400 de copago por cada estadía               |
|                    | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                                | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 30% de coseguro                                  |
|                    | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                              | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 30% de coseguro                                  |
|                    | Visitas virtuales de salud mental                                                                                                                  | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                  |
|                    | <b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b><br>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.         | \$0 de copago por cada día, días 1 a 100                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 30% de coseguro por cada estadía, hasta 100 días |

| Beneficios médicos                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   | Dentro de la red                                                                                                                                                    | Fuera de la red                                                                  |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                          | Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup>                                                                                                                            | 20% de coseguro                                                                                                                                                     | 30% de coseguro                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                         | Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>                                                                                                                                                        | 20% de coseguro                                                                                                                                                     | 30% de coseguro                                                                  |
| <b>Ambulancia<sup>2</sup></b><br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                   | 20% de coseguro por transporte terrestre<br>20% de coseguro por transporte aéreo                                                                                    | 20% de coseguro por transporte terrestre<br>20% de coseguro por transporte aéreo |
| <b>Transporte de rutina</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                   | \$0 de copago; 36 viajes en una sola dirección por cada año desde o hacia sitios aprobados; si se trata de diálisis, el número de viajes adicionales es ilimitado.* | 75% de coseguro*                                                                 |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b><br>El costo compartido dentro de la red indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos. | Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>                                                                                                                                                      | 20% de coseguro                                                                                                                                                     | 30% de coseguro                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                         | Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>                                                                                                                                                      | 20% de coseguro, hasta \$35                                                                                                                                         | 30% de coseguro                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                         | Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup><br>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada. | \$0 de copago por antígenos para alergias<br>20% de coseguro por todos los demás                                                                                    | \$0 de copago por antígenos para alergias<br>30% de coseguro por todos los demás |

## ¿Qué es el coseguro?

El coseguro es una porción o parte del costo total, generalmente como un porcentaje. 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           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                                                                                             |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible</b>                                    | Su plan tiene un deducible para medicamentos con receta de \$615. Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el deducible. Luego usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial.                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                             |
| <b>Cobertura Inicial</b>                            | 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. |                                                                                             |                                                                                             |
| Cobertura de medicamentos                           | Farmacia Minorista                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Farmacia de Pedidos por Correo                                                              |                                                                                             |
|                                                     | Suministro de 30 días <sup>^</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                            | Suministro de 100 días                                                                      | Suministro de 100 días                                                                      |
| <b>Todos los medicamentos cubiertos<sup>3</sup></b> | 25% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 25% de coseguro (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) | 25% de coseguro (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
| <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.                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                             |

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

| Beneficios adicionales                                         |                                                                                                                                      |                                   |                                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
|                                                                |                                                                                                                                      | Dentro de la red                  | Fuera de la red                     |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>                                | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup> | 20% de coseguro                   | 30% de coseguro                     |
|                                                                |                                                                                                                                      |                                   |                                     |
| <b>Manejo de la diabetes</b>                                   | Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>                                                                              | 20% de coseguro                   | 30% de coseguro                     |
|                                                                | Capacitación para el automanejo de la diabetes                                                                                       | \$0 de copago                     | 30% de coseguro                     |
|                                                                | Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>                                                                                       | 20% de coseguro                   | 30% de coseguro                     |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b> | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>                                                         | 20% de coseguro                   | 30% de coseguro                     |
|                                                                | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>                                              | \$0 de copago - 20% de coseguro   | 30% de coseguro                     |
| <b>Cuidado de los pies</b><br>(servicios de podiatría)         | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>                                                                                      | 20% de coseguro                   | 30% de coseguro                     |
|                                                                | Cuidado de rutina de los pies                                                                                                        | \$0 de copago, 6 visitas por año* | 30% de coseguro, 6 visitas por año* |

| Beneficios adicionales                                                                                                                      |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                             |                                                                       | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fuera de la red |
| <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. |                 |
| <b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides<sup>2</sup></b>                                                           |                                                                       | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$0 de copago   |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</b>                                                       | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>   | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 30% de coseguro |
|                                                                                                                                             | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup> | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 30% de coseguro |
|  <b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC)</b> |                                                                       | \$150 de crédito cada trimestre para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC)<br><br><input type="checkbox"/> Elija entre miles de productos de venta sin receta de marca y genéricos, como cojines para sillas de ruedas, soportes para la cama y la ducha y jabones y lociones antifúngicos                        |                 |
| <b>Diálisis renal<sup>2</sup></b>                                                                                                           |                                                                       | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 20% de coseguro |

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

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

| Descuentos para miembros                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>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.</p> |

## Acerca de este plan

UHC Nursing Home Plan TX-F001 (PPO I-SNP) es un plan Medicare Advantage PPO 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.

UHC Nursing Home Plan TX-F001 (PPO I-SNP) es un Plan Institucional para Personas con Necesidades Especiales que está diseñado específicamente para personas que viven en una institución contratada (por ejemplo, un asilo de convalecencia) por 90 días o más. Puede encontrar una lista de las instituciones contratadas en [www.uhc nursinghomeplan.com](http://www.uhc nursinghomeplan.com).

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Texas:** Bell, Bexar, Brazoria, Collin, Dallas, Denton, Fort Bend, Galveston, Harris, McLennan, Montgomery, Tarrant, Travis, Williamson.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Nursing Home Plan TX-F001 (PPO I-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede consultar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Además, le ofrece la flexibilidad de acceder a una red de proveedores locales. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las tablas anteriores aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar [UHC.com/Medicare](http://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 Nursing Home Plan TX-F001 (PPO I-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 2025.

### 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.

### Crédito para productos de venta sin receta

Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) tienen plazos de vencimiento. Revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o

consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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

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.