




Evidencia de Cobertura 2025

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

 [MyUHC.com/CommunityPlan](https://myuhc.com/communityplan)

 Número gratuito **1-800-690-1606**, TTY **711**
De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo;
de lunes a viernes, de abril a septiembre.

United
Healthcare®

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura

Su Cobertura de Salud y de Medicamentos de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

Introducción a la Evidencia de Cobertura

Esta **Evidencia de Cobertura** describe su cobertura en nuestro plan hasta el 31 de diciembre de 2025. Explica los servicios para el cuidado de la salud, incluidos los servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias), la cobertura de medicamentos con receta y los apoyos y servicios a largo plazo, según sea necesario. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el **Capítulo 12** de su **Evidencia de Cobertura**.

Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s”, “nuestra/s” o “nuestro plan” en esta **Evidencia de Cobertura**, se refieren a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).

Este documento está disponible sin costo en español y árabe.

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 1-800-690-1606, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Para obtener este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La llamada es gratuita.

Contamos con servicios gratuitos de interpretación para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-800-690-1606. Alguien que habla su idioma puede ayudarle. Este servicio es gratuito. 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 1-800-690-1606, para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Los beneficios, la prima, el deducible, los copagos o los coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2026. El formulario, la red de farmacias y la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Use este documento para entender lo siguiente:

- La prima de su plan y su costo compartido;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;

- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo comunicarse con nosotros si necesita más ayuda; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

¿Necesita ayuda gratuita con esta carta?

Si habla un idioma que no sea inglés, tenemos ayuda en su idioma, sin costo, disponible para usted. Esta página le explica cómo recibir ayuda en un idioma que no sea inglés. También describe otro tipo de ayuda que está disponible.

Spanish: Español

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

Kurdish: كوردۆك

هه بێدنهوی پ. هه سهدرهه بۆ وۆ بێ، یه یارۆوهه ب، نامز یه ته مراه ی اناکه ی رازوگ ته م زه، ته یه که ده سهه ق ی دروک ی نامز هه به رگه ئه ی رادگائه ب. ب. **1-800-690-1606 (TRS:711)**.

Arabic: قی ب عربی

م ق رب ل ص ت ا . ن ا ج م ل ب ك ل ر ف ا و ت ت ق ی و غ ل ل ا ل ا د ع ا س م ل ا ت ا م د خ ن ا ف ، ا د ع ل ل ر ك ا د ا ث د ح ت ت ن ك ا ا ذ ا : ا ط و ح ل م (م ك ب ل ل ا و م ص ل ا ف ت ا ه م ق ر) **1-800-690-1606 (TRS:711)**.

Chinese: 繁體中文

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

Vietnamese: Tiếng Việt

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

Korean: 한국어

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

French: Français

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

Amharic: አማርኛ

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

Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નીચેના ક્રમાં સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-690-1606 (TRS: 711) .

Laotian: ພາສາລາວ

ປັດຂາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-690-1606 (TRS: 711).

German: Deutsch

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

Tagalog: Tagalog

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

Hindi: हिंदी

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

Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-690-16065 (TRS-Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

Russian: Русский

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

Nepali: नेपाली

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

Persian: یسراف

ی مدهارف امش یارب ناگیار تروصب ینابز تالی هس ت ،دی نک یم وگت فگ یسراف نابز هب رگا :هجوت
دی ری گب سامت (TRS: 711) 1-800-690-1606 اب دشاب

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

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

Obedecemos las leyes federales y estatales de derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente por motivos de raza, color, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Considera que no le ayudamos o que le tratamos de manera diferente por motivos de raza, color, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo? Puede presentar una queja por correo postal, teléfono o correo electrónico. Puede presentar una queja en tres lugares:

TennCare Office of Civil Rights Compliance

310 Great Circle Road, 3W, Nashville, Tennessee 37243

Correo Electrónico: **HCFA.Fairtreatment@tn.gov** Teléfono: **1-855-857-1673** (TRS **711**)

Puede obtener un formulario para quejas por Internet en:

tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/complaintform.pdf

Civil Rights Coordinator, United Healthcare Civil Rights Grievance

P.O. Box 30608

Salt Lake City, UT 84130

Correo Electrónico: **UHC_Civil_Rights@uhc.com** Teléfono: **1-800-690-1606**

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

200 Independence Ave SW, Rm 509F, HHH Bldg., Washington, DC 20201

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

Puede presentar una queja por Internet en: **hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html**

Exenciones de responsabilidad

- La cobertura de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) es una cobertura de salud que califica, llamada “cobertura esencial mínima”. Cumple el requisito de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en **irs.gov/es/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families** para obtener más información sobre los requisitos de responsabilidad individual compartida.
- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto de los costos compartidos correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.
- Los beneficios, las características o los dispositivos pueden variar según el plan o el área. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones o restricciones de la red.

Evidencia de Cobertura 2025

Índice

Esta lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si usted desea recibir más ayuda para buscar la información que necesita, consulte la primera página de un capítulo.

Encontrará una lista detallada de temas al comienzo de cada capítulo.

Capítulo 1	Información básica para el miembro	11
A.	Bienvenido a nuestro plan	14
B.	Información sobre Medicare y TennCare	14
C.	Ventajas de nuestro plan.....	15
D.	Área de servicio de nuestro plan.....	15
E.	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan.....	16
F.	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud.....	16
G.	Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	17
H.	Sus costos mensuales de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).....	17
I.	Su Evidencia de Cobertura	18
J.	Otra información importante que le enviamos	18
K.	Cómo mantener actualizado su registro de membresía.....	21
Capítulo 2	Números de teléfono y recursos importantes	23
A.	Servicio al Cliente	25
B.	Su Coordinador del Cuidado de la Salud	28
C.	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP).....	31
D.	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO).....	32
E.	Medicare.....	33
F.	TennCare.....	34
G.	Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (LTC) del Estado de Tennessee.....	35
H.	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta	36

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

I.	Seguro Social.....	37
J.	Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	38
K.	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador	39
Capítulo 3	Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos.....	40
A.	Información sobre servicios y proveedores.....	43
B.	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	43
C.	Su coordinador del cuidado de la salud.....	45
D.	Cuidado de proveedores	46
E.	Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS).....	49
F.	Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias).....	57
G.	Cómo recibir cuidado dirigido por el consumidor	57
H.	Servicios de transporte.....	61
I.	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	61
J.	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre.....	64
K.	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica.....	65
L.	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud	66
M.	Equipo médico duradero (DME).....	67
Capítulo 4	Tabla de Beneficios	70
A.	Sus servicios cubiertos.....	72
B.	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios	72
C.	Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	72
D.	La Tabla de Beneficios de nuestro plan	74
E.	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	136
F.	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni TennCare	139
Capítulo 5	Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.....	141
A.	Cómo surtir sus recetas	145
B.	La Lista de Medicamentos de nuestro plan	149

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

	C.	Límites en algunos medicamentos.....	152
	D.	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto	153
	E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos	155
	F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales.....	158
	G.	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos	159
Capítulo 6		Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de Medicare y de TennCare	162
	A.	La Explicación de Beneficios (EOB).....	165
	B.	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	166
	C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo.....	168
	D.	Vacunas	168
Capítulo 7		Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibí por servicios o medicamentos cubiertos	170
	A.	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos.....	172
	B.	Cómo enviarnos una solicitud de pago	174
	C.	Decisiones de cobertura	175
	D.	Apelaciones.....	176
Capítulo 8		Sus derechos y responsabilidades	177
	A.	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades	180
	B.	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	181
	C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	182
	D.	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información.....	191
	E.	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted.....	192
	F.	Su derecho a dejar nuestro plan	192
	G.	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.....	192
	H.	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	194
	I.	Sus responsabilidades como miembro del plan.....	195

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 9	Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)	200
A.	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud	203
B.	Dónde recibir ayuda	203
C.	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y TennCare en nuestro plan	204
D.	Problemas con sus beneficios.....	205
E.	Decisiones de cobertura y apelaciones	205
F.	Cuidado médico	208
G.	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	221
H.	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada	231
I.	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	235
J.	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	238
K.	Cómo presentar una queja	242
Capítulo 10	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	247
A.	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan.....	249
B.	Cómo terminar su membresía en nuestro plan.....	250
C.	Cómo recibir los servicios de Medicare y de TennCare por separado	250
D.	Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	254
E.	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan	254
F.	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.....	255
G.	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	255
H.	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan	255
Capítulo 11	Avisos legales.....	256
A.	Aviso sobre las leyes	258
B.	Aviso sobre antidiscriminación.....	258
C.	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y TennCare como pagador de último recurso.....	258
D.	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	259

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

E.	Responsabilidad del miembro.....	260
F.	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios.....	260
G.	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil.....	261
H.	Motivos de fuerza mayor.....	261
I.	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes.....	262
J.	Evaluación de la tecnología.....	262
K.	Declaraciones del miembro.....	262
L.	Información disponible a solicitud.....	262
M.	Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2025.....	263
N.	Compromiso de las Decisiones de Cobertura.....	264
O.	Términos y Condiciones del Programa de Acondicionamiento Físico.....	264
Capítulo 12	Definiciones de palabras importantes.....	267

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Capítulo 1

Información básica para el miembro

Introducción

Este capítulo incluye información sobre UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), un plan de salud que coordina todos sus servicios de Medicare y de TennCare, y sobre su membresía en dicho plan. También le explica qué esperar y qué otra información obtendrá de nuestra parte. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su

Evidencia de Cobertura.

A.	Bienvenido a nuestro plan	14
B.	Información sobre Medicare y TennCare	14
	B1. Medicare	14
	B2. TennCare	14
C.	Ventajas de nuestro plan	15
D.	Área de servicio de nuestro plan	15
E.	Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan	16
F.	Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud	16
G.	Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado	17
	G1. Equipo de cuidado de la salud	17
	G2. Plan de cuidado	17
H.	Sus costos mensuales de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)	17
	H1. Prima del plan.....	17
	H2. Prima Mensual de la Parte B de Medicare.....	17
	H3. Cantidad de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare	18
I.	Su Evidencia de Cobertura	18

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

J.	Otra información importante que le enviamos	18
J1.	Su UCard® de UnitedHealthcare	19
J2.	Directorio de Proveedores y Farmacias	19
J3.	Lista de Medicamentos Cubiertos	20
J4.	La Explicación de Beneficios	21
K.	Cómo mantener actualizado su registro de membresía	21
K1.	Privacidad de la información de salud personal (PHI)	22

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Bienvenido a nuestro plan

Nuestro plan presta servicios de Medicare y de TennCare a las personas que cumplen los requisitos para ambos programas. Nuestro plan incluye médicos, hospitales, farmacias, proveedores de apoyos y servicios a largo plazo, proveedores de servicios de salud del comportamiento y otros proveedores. También contamos con coordinadores del cuidado de la salud y equipos de cuidado de la salud para ayudarle a administrar sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

B. Información sobre Medicare y TennCare

B1. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para:

- personas mayores de 65 años,
- algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades, **y**
- personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal).

B2. TennCare

TennCare es el nombre del programa de Medicaid de Tennessee. TennCare es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. TennCare ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de Apoyos y Servicios a Largo Plazo (Long-Term Services and Supports, LTSS). Cubre servicios y medicamentos adicionales que no cubre Medicare.

Cada estado decide:

- qué cuenta como ingresos y recursos,
- quién cumple los requisitos,
- qué servicios están cubiertos, **y**
- cuál es el costo de los servicios.

Los estados pueden decidir cómo administrar sus programas, siempre y cuando sigan las reglas federales.

Medicare y el estado de Tennessee aprobaron nuestro plan. Usted puede recibir los servicios de Medicare y de TennCare a través de nuestro plan siempre y cuando:

- elijamos ofrecer el plan, **y**
- Medicare y el estado de Tennessee nos permitan seguir ofreciendo este plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Aunque nuestro plan deje de operar en el futuro, sus requisitos de participación para recibir los servicios de Medicare y de TennCare no se verán afectados.

C. **Ventajas de nuestro plan**

Ahora, usted recibirá todos sus servicios cubiertos por Medicare y por TennCare a través de nuestro plan, incluidos los medicamentos con receta. **No tiene que pagar ningún cargo adicional por inscribirse en este plan de salud.**

A ayudamos a que sus beneficios de Medicare y de TennCare funcionen mejor juntos y mejor para usted. Algunas de las ventajas incluyen:

- Usted puede consultarnos por la **mayoría** de sus necesidades de cuidado de la salud.
- Cuenta con un equipo de cuidado de la salud que usted ayuda a formar. Su equipo de cuidado de la salud puede incluirles a usted, su cuidador, médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud.
- Usted tiene acceso a un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona colaborará con usted, con nuestro plan y con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a elaborar un plan de cuidado.
- Usted puede dirigir su propio cuidado con la ayuda de su equipo de cuidado de la salud y de su coordinador del cuidado de la salud.
- Su equipo de cuidado de la salud y su coordinador del cuidado de la salud colaboran con usted para elaborar un plan de cuidado diseñado para satisfacer **sus** necesidades de salud. El equipo de cuidado de la salud ayuda a coordinar los servicios que usted necesite. Por ejemplo, esto significa que su equipo de cuidado de la salud se asegura de que:
 - Sus médicos sepan todos los medicamentos que usted toma para poder verificar que esté tomando los correctos y reducir cualquier efecto secundario que puedan causarle.
 - Los resultados de sus exámenes se compartan con todos sus médicos y demás proveedores, según corresponda.

D. **Área de servicio de nuestro plan**

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Tennessee: Anderson, Bedford, Benton, Bledsoe, Blount, Bradley, Campbell, Cannon, Carroll, Carter, Cheatham, Chester, Claiborne, Clay, Cocke, Coffee, Crockett, Cumberland, Davidson, Decatur, DeKalb, Dickson, Dyer, Fayette, Fentress, Franklin, Gibson, Giles, Grainger, Greene, Grundy, Hamblen, Hamilton, Hancock, Hardeman, Hardin, Hawkins, Haywood, Henderson, Henry, Hickman, Houston, Humphreys, Jackson, Jefferson, Johnson, Knox, Lake, Lauderdale, Lawrence, Lewis, Lincoln, Loudon, Macon, Madison, Marion, Marshall, Maury, McMinn, McNairy, Meigs, Monroe, Montgomery, Moore, Morgan, Obion, Overton, Perry, Pickett, Polk, Putnam, Rhea, Roane,

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Robertson, Rutherford, Scott, Sequatchie, Sevier, Shelby, Smith, Stewart, Sullivan, Sumner, Tipton, Trousdale, Unicoi, Union, Van Buren, Warren, Washington, Wayne, Weakley, White, Williamson, Wilson. Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Usted no puede seguir en nuestro plan si se muda fuera de nuestra área de servicio. Para obtener más información sobre los efectos de mudarse fuera de nuestra área de servicio, consulte el **Capítulo 8** de su Evidencia de Cobertura.

E. Qué requisitos debe cumplir para ser miembro del plan

Usted cumple los requisitos de nuestro plan siempre y cuando:

- viva en nuestra área de servicio (no se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella), **y**
- tenga tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare, **y**
- sea ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos, **y**
- actualmente cumpla los requisitos de TennCare **y**
- Debe cumplir los requisitos para recibir los beneficios de CHOICES de Cuidado a Largo Plazo en los grupos 1, 2 o 3.

Si deja de cumplir los requisitos, pero se puede esperar que vuelva a cumplirlos en un plazo no mayor de 90 días, sigue cumpliendo los requisitos de nuestro plan.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

F. Qué puede esperar cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan de salud

Cuando se inscribe por primera vez en nuestro plan, recibe una evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA) en un plazo no mayor de 90 días antes o después de la fecha de vigencia de su inscripción.

Debemos realizarle una evaluación de riesgos para la salud, que es la base para desarrollar su plan de cuidado. La evaluación de riesgos para la salud incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, funcionales y de salud del comportamiento.

Nos comunicamos con usted para realizar esta evaluación. Podemos realizarla durante una visita en persona o una llamada telefónica, o por correo postal.

Le enviaremos más información sobre esta evaluación de riesgos para la salud.

Puede seguir consultando a su proveedor anterior o recibir los servicios anteriores durante al menos 30 días para asegurar la continuidad del cuidado de la salud a la espera de que el proveedor se inscriba en el plan de salud o de que usted encuentre un nuevo proveedor en el plan de salud para facilitar una transición fluida de esos servicios.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

G. Su equipo de cuidado de la salud y plan de cuidado

G1. Equipo de cuidado de la salud

Un equipo de cuidado de la salud puede ayudarle a seguir recibiendo el cuidado que usted necesite. Un equipo de cuidado de la salud puede incluir a su médico, un coordinador del cuidado de la salud u otro profesional de salud que usted elija.

Un coordinador del cuidado de la salud es una persona capacitada para ayudarle a administrar el cuidado que usted necesite. Cuando usted se inscribe en nuestro plan, se le asigna un coordinador del cuidado de la salud. Esta persona también le refiere a otros recursos comunitarios que nuestro plan no puede proporcionarle y colaborará con su equipo de cuidado de la salud para ayudar a coordinar su cuidado. Llámenos a los números que se encuentran al final de la página para obtener más información sobre su coordinador del cuidado de la salud y su equipo de cuidado de la salud.

G2. Plan de cuidado

Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para elaborar un plan de cuidado. Un plan de cuidado les indica a usted y a sus médicos qué servicios necesita y cómo recibirlos, tales como sus servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y Apoyos y Servicios a Largo Plazo, mediante un enfoque centrado en la persona para la evaluación de sus necesidades y la planificación del cuidado.

Su plan de cuidado incluye:

- sus metas de cuidado de la salud, y
- un plazo para recibir los servicios que necesita.

Su equipo de cuidado de la salud se reúne con usted después de su evaluación de riesgos para la salud. Le pregunta por los servicios que usted necesita. También le explica los servicios que sería conveniente que considere recibir. Su plan de cuidado se elabora según sus necesidades y metas. Su equipo de cuidado de la salud colabora con usted para actualizar su plan de cuidado al menos cada año.

H. Sus costos mensuales de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP)

H1. Prima del plan

Nuestro plan no tiene prima.

H2. Prima Mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Cuando usted se inscribe en este plan, TennCare paga la prima de la Parte B de Medicare por

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

usted. Como miembro de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), usted recibe una reducción de hasta \$0.40 en la prima mensual de la Parte B de Medicare. Medicare establece la reducción y la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) la administra. Los reembolsos se aplican únicamente a lo que usted paga por la prima de la Parte B de Medicare y no se emiten sobre ninguna prima pagada por Medicaid. Según cómo pague la prima de la Parte B de Medicare, su reducción puede acreditarse en su cheque del Seguro Social o en su resumen de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare. Las reducciones pueden tardar varios meses en emitirse; sin embargo, recibirá un crédito completo por lo que haya pagado.

H3. Cantidad de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, recibirá una factura de su plan por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que adeuda por los medicamentos con receta que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por el número de meses que quedan en el año.

La **Sección 6** del **Capítulo 2** contiene más información sobre el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si no está de acuerdo con la cantidad facturada como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del **Capítulo 9** para presentar una queja o apelación.

I. Su Evidencia de Cobertura

Su **Evidencia de Cobertura** forma parte de nuestro contrato con usted. Esto significa que debemos seguir todas las reglas de este documento. Si usted cree que hemos hecho algo que va en contra de estas reglas, podría apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** o llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**.

Para pedir una **Evidencia de Cobertura**, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede consultar la **Evidencia de Cobertura** que está en nuestro sitio web en la dirección web que se encuentra al final de la página.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en nuestro plan, entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

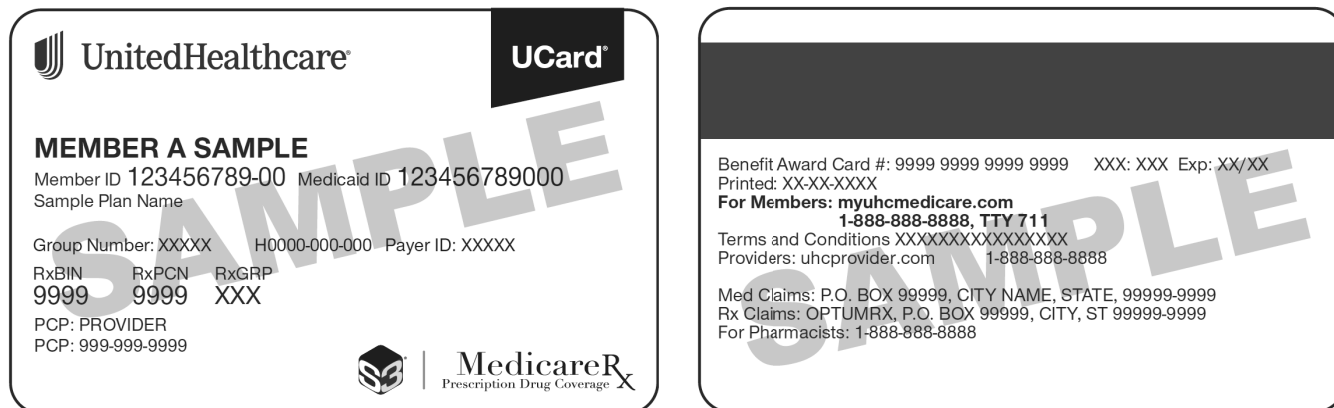
J. Otra información importante que le enviamos

Otra información importante que le proporcionamos incluye su UCard® de UnitedHealthcare, información sobre cómo acceder a un **Directorio de Proveedores y Farmacias**, una lista de Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME), e información sobre cómo acceder a una **Lista de Medicamentos Cubiertos**, también conocida como **Formulario**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

J1. Su UCard® de UnitedHealthcare

En nuestro plan, usted tiene una tarjeta para recibir sus servicios de Medicare y de TennCare, que incluyen Apoyos y Servicios a Largo Plazo, servicios de salud del comportamiento y medicamentos con receta. Debe mostrar esta tarjeta cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Esta es una UCard de UnitedHealthcare de muestra:



Si su UCard de UnitedHealthcare se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página. Le enviaremos una UCard nueva.

Mientras sea miembro de nuestro plan, no necesita usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare ni su tarjeta de TennCare para recibir la mayoría de los servicios. Guarde esas tarjetas en un lugar seguro, en caso de que las necesite más adelante. Si muestra su tarjeta de Medicare en vez de su UCard de UnitedHealthcare, es posible que el proveedor facture a Medicare en lugar de a nuestro plan, y usted podría recibir una factura. Consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura** para saber qué hacer si recibe una factura de un proveedor.

J2. Directorio de Proveedores y Farmacias

El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica los proveedores y las farmacias dentro de la red de nuestro plan. Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos.

Para pedir un **Directorio de Proveedores y Farmacias** (una copia impresa o en formato electrónico), puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Las copias impresas del Directorio de Proveedores y Farmacias que usted solicite se le enviarán por correo postal en un plazo no mayor de tres días hábiles. También puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en la dirección web que se encuentra al final de la página.

Es posible que este directorio también identifique a los proveedores que participan en TennCare (Medicaid). Usted puede consultar a cualquier proveedor del directorio para recibir los servicios cubiertos por el plan, aunque no participen en TennCare (Medicaid). Para obtener más

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.myuhc.com/CommunityPlan).

información sobre los proveedores participantes de TennCare (Medicaid), comuníquese con TennCare (Medicaid).

Cuando se inscriba por primera vez o cuando haya un cambio de proveedor, puede seguir recibiendo su servicio o TennCare durante al menos 30 días.

Definición de proveedores de la red

- Los proveedores de nuestra red incluyen:
 - médicos, enfermeras y otros profesionales de cuidado de la salud que usted puede usar como miembro de nuestro plan;
 - clínicas, hospitales, centros de enfermería y otros lugares que prestan servicios de salud en nuestro plan; **y**
 - Apoyos y Servicios a Largo Plazo, servicios de salud del comportamiento, agencias de asistencia médica a domicilio, distribuidores de equipo médico duradero (DME), así como otros proveedores de bienes y servicios que usted recibe a través de Medicare o de TennCare.

Los proveedores de la red acordaron aceptar el pago de nuestro plan por servicios cubiertos como pago total.

Definición de farmacias de la red

- Las farmacias de la red son las farmacias que acordaron surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** para buscar la farmacia de la red que desee usar.
- Excepto en situaciones de emergencia, usted debe surtir sus recetas en una de las farmacias de nuestra red si desea que nuestro plan pague sus medicamentos.

Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. Tanto Servicio al Cliente como nuestro sitio web pueden proporcionarle la información más actualizada sobre los cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red.

J3. Lista de Medicamentos Cubiertos

El plan tiene una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”. Indica los medicamentos con receta que cubre nuestro plan.

La **Lista de Medicamentos** también indica si hay alguna regla o restricción en algún medicamento, por ejemplo, un límite en la cantidad que usted puede obtener. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Cada año, le enviamos la **Lista de Medicamentos**, aunque algunos cambios pueden ocurrir durante el año. Para obtener la información más actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, llame a Servicio al Cliente o visite nuestro sitio web en la dirección que se encuentra al final de la página.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

J4. La Explicación de Beneficios

Cuando usted usa sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, le enviamos un resumen que le ayuda a comprender y llevar un registro de los pagos realizados por estos medicamentos. Este resumen se llama **Explicación de Beneficios** (Explanation of Benefits, EOB).

La Explicación de Beneficios le indica el total que usted ha gastado, o que otros han gastado en nombre de usted, en sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare y el total que nosotros hemos pagado por cada uno de estos medicamentos durante el mes. Esta Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. El **Capítulo 6** de su Evidencia de Cobertura ofrece más información sobre la Explicación de Beneficios y cómo le ayuda a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

Usted también puede pedir una Explicación de Beneficios. Para obtener una copia, comuníquese con Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

K. Cómo mantener actualizado su registro de membresía

Para mantener actualizado su registro de membresía, avísenos cuando cambie su información. Necesitamos esta información para asegurarnos de que nuestros registros tengan datos correctos. Los proveedores y las farmacias de nuestra red también necesitan información correcta sobre usted **porque usan su registro de membresía para saber qué medicamentos y servicios recibe usted, y cuánto le cuestan.**

Avísenos lo siguiente de inmediato:

- cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono;
- cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud, como la cobertura de su empleador, del empleador de su cónyuge, del empleador de su pareja de unión libre o del Seguro de Accidentes Laborales;
- cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos debido a un accidente de tránsito;
- admisión en un centro de enfermería o un hospital;
- cuidado en un hospital o una sala de emergencias;
- cambios de cuidador (u otro responsable de usted); **y**
- si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informarnos sobre un estudio de investigación clínica en el que esté participando o comience a participar, pero le recomendamos que lo haga.)

Si hay algún cambio en la información, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

TennCare Connect es una herramienta en Internet para que los habitantes de Tennessee soliciten y administren sus beneficios de TennCare. Puede acceder al sitio web en:

tenncareconnect.tn.gov o llamar a Servicio al Cliente de TennCare al **1-855-259-0701**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

K1. Privacidad de la información de salud personal (PHI)

La información de su registro de membresía puede incluir información de salud personal (personal health information, PHI). Las leyes federales y estatales nos exigen mantener la privacidad de su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal. Para obtener más información detallada sobre cómo protegemos su información de salud personal, consulte el **Capítulo 8** de su **Evidencia de Cobertura**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Capítulo 2

Números de teléfono y recursos importantes

Introducción

Este capítulo le da la información de contacto de recursos importantes que pueden responder sus preguntas sobre nuestro plan y sus beneficios de cuidado de la salud. Usted también puede usar este capítulo para obtener información sobre cómo comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud y otras personas para que le defiendan en nombre de usted. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Servicio al Cliente	25
B.	Su Coordinador del Cuidado de la Salud	28
C.	Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP)	31
D.	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)	32
E.	Medicare	33
F.	TennCare	34
G.	Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (LTC) del Estado de Tennessee	35
H.	Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta	36
	H1. Programa Ayuda Adicional	36
	H2. Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)	36
I.	Seguro Social	37
J.	Junta de Retiro Ferroviario (RRB)	38
K.	Seguro de grupo u otro seguro de un empleador	39

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

A. Servicio al Cliente

Método	Información de contacto
Llame al	<p>1-800-690-1606. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711. Esta llamada es gratuita.</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p>
Escriba a	<p>UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30769 Salt Lake City, UT 84130-0769</p>
Sitio web	myUHC.com/CommunityPlan

Comuníquese con Servicio al Cliente para recibir ayuda con:

- Preguntas sobre el plan
- Preguntas sobre reclamos o facturación
- Decisiones de cobertura sobre el cuidado de su salud
 - Una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus servicios cubiertos, o
 - lo que pagamos por sus servicios de salud.
 - Llámenos si tiene preguntas sobre una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud.
 - Si desea más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Apelaciones sobre el cuidado de su salud
 - Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos nuestra decisión sobre su cobertura si usted cree que cometimos un error o no está de acuerdo con la decisión.
 - Si desea más información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** o comuníquese con Servicio al Cliente.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Quejas sobre el cuidado de su salud
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier proveedor (incluido un proveedor dentro o fuera de la red). Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nuestro plan. Usted también puede presentar una queja sobre la calidad del cuidado que recibió, ante nosotros o ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) (consulte la **Sección D**).
 - Puede llamarnos y explicar su queja al **1-800-690-1606**.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre el cuidado de su salud, usted puede presentar una apelación (consulte la sección anterior).
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.
 - Presentar una queja ante TennCare al **1-800-878-3192** o al **1-866-771-7043** TTY
 - Si desea más información sobre cómo presentar una queja sobre el cuidado de su salud, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Decisiones de cobertura sobre sus medicamentos
 - Una decisión de cobertura sobre sus medicamentos es una decisión sobre:
 - sus beneficios y sus medicamentos cubiertos, o
 - lo que pagamos por sus medicamentos.
 - Esto se aplica a sus medicamentos de la Parte D de Medicare y a sus beneficios de medicamentos con receta de TennCare CoverRX.
 - Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura relacionadas con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Apelaciones sobre sus medicamentos
 - Una apelación es una manera de pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura.
 - Para obtener más información sobre cómo presentar una apelación relacionada con sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Quejas sobre sus medicamentos
 - Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre cualquier farmacia. Esto incluye una queja sobre sus medicamentos con receta.
 - Si su queja se relaciona con una decisión de cobertura sobre sus medicamentos con receta, usted puede presentar una apelación. (Consulte la sección anterior.)
 - Puede enviar una queja sobre nuestro plan a Medicare. Puede usar un formulario en Internet en es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** para pedir ayuda.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

- Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre sus medicamentos con receta, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.
- El pago de cuidado de la salud o de medicamentos que usted ya pagó
 - Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

Método	Información de contacto
Llame al	<p>1-800-690-1606</p> <p>Esta llamada es gratuita.</p> <p>Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p> <p>Para presentar apelaciones rápidas relacionadas con el cuidado médico: 1-855-409-7041</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención: De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.</p> <p>Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.</p>
Fax	<p>Para presentar apelaciones rápidas solamente:</p> <p>1-866-373-1081</p>
Escriba a	<p>Para presentar quejas, quejas formales o apelaciones médicas:</p> <p>UnitedHealthcare Appeals and Grievance Department P.O. Box 6103 MS CA 120-0360 Cypress, CA 90630-0023</p> <p>Para presentar apelaciones sobre medicamentos de la Parte D o de Medicaid únicamente:</p> <p>UnitedHealthcare Part D Appeals and Grievance Department P.O. Box 6103 MS CA 120-0368 Cypress, CA 90630-0023</p>
Sitio web	MyUHC.com/CommunityPlan

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si nos pide que paguemos una factura y denegamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. Su Coordinador del Cuidado de la Salud

Se ofrece un Coordinador del Cuidado de la Salud a todos los miembros de este plan. Incluye un enfoque personalizado al ofrecer servicios de conserjería para apoyar y guiar a los miembros a través de las complejidades del sistema de cuidado de la salud.

Todos los miembros reciben un Coordinador del Cuidado de la Salud y una evaluación de salud inicial. Si se identifican necesidades adicionales, se hará una referencia para realizar una evaluación completa de las necesidades con un Coordinador del Cuidado de la Salud clínico.

Todos los miembros:

- Son contactados para la estratificación y evaluación del riesgo
- Reciben un plan de cuidado individualizado
- Tienen acceso a programas de administración del cuidado clínico, con un Coordinador del Cuidado de la Salud asignado.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-690-1606 . Esta llamada es gratuita. Horario de atención: De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Contamos con servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 . Esta llamada es gratuita. Horario de atención: De 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
Escriba a	UnitedHealthcare Customer Service Department P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769
Sitio web	MyUHC.com/CommunityPlan

Comuníquese con su coordinador del cuidado de la salud para recibir ayuda con:

- preguntas sobre el cuidado de su salud
- preguntas sobre cómo recibir servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)
- preguntas sobre transporte

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- información sobre CHOICES y respuestas a sus preguntas para ayudarlo a obtener el tipo adecuado de apoyos y servicios a largo plazo en el entorno adecuado para usted, a fin de satisfacer sus necesidades, que incluyen:
 - Coordinar todas sus necesidades de servicios de salud física, de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias) y de apoyos y servicios a largo plazo.
 - Ayudarlo a solucionar problemas y responder las preguntas que tenga sobre su cuidado.
 - Comprobar al menos una vez al año que usted sigue necesitando el nivel de cuidado de un asilo de convalecencia o, en el caso del Grupo 3, que sigue “en riesgo” de ingresar en un asilo de convalecencia.
 - Comunicarse con sus proveedores para asegurarse de que sepan lo que está ocurriendo con el cuidado de su salud y para coordinar la prestación de sus servicios.
- Otras tareas realizadas por el Coordinador del Cuidado de la Salud variarán ligeramente según el Grupo de CHOICES en el que usted esté inscrito. **Si usted recibe cuidado en un asilo de convalecencia del Grupo 1 de CHOICES, su Coordinador del Cuidado de la Salud se encargará de:**
 - Participar en el proceso de planificación del cuidado con el asilo de convalecencia donde vive.
 - Realizar cualquier evaluación de necesidades adicional que pueda ser útil para manejar sus necesidades de salud y de apoyos y servicios a largo plazo.
 - Complementar el (o agregar al) plan de cuidado del asilo de convalecencia si hay cosas que la organización de cuidado administrado (managed care organization, “MCO”) puede hacer para ayudar a manejar los problemas de salud o coordinar otros tipos de cuidado físico y de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias) que necesite.
 - Realizar visitas en persona al menos cada 6 meses.
 - Coordinar con el asilo de convalecencia cuando usted necesite servicios que el asilo de convalecencia no es responsable de prestar.
 - Determinar si usted está interesado y es capaz de salir del asilo de convalecencia y mudarse a la comunidad y, en ese caso, se asegurará de que esto ocurra oportunamente.
- **Si usted recibe cuidado a domicilio en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES, su Coordinador del Cuidado de la Salud colaborará con usted para:**
 - Realizar una evaluación individual completa de sus necesidades de salud y de apoyos y servicios a largo plazo; y
 - Desarrollar un **Plan de Apoyo Centrado en la Persona**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Su Coordinador del Cuidado de la Salud también:**

- Se asegurará de que su plan de cuidado se lleve a cabo y esté funcionando como debería.
- Supervisará para asegurarse de que usted esté recibiendo lo que necesita y que los déficits en su cuidado se traten inmediatamente.
- Se comunicará con usted por teléfono al menos una vez al mes y le visitará en persona al menos una vez cada 3 meses si usted está en el Grupo 2, o se comunicará con usted por teléfono al menos una vez cada 3 meses y le visitará en persona al menos una vez cada 6 meses si usted está en el Grupo 3. Estas visitas se pueden realizar con más frecuencia si usted recibe servicios residenciales o según sus necesidades.
- Se asegurará de que los servicios de cuidado a domicilio que usted recibe se basen en sus metas, necesidades y preferencias, y que no cuesten más que el cuidado en un asilo de convalecencia, si usted está en el Grupo 2, o más de \$18,000 si usted está en el Grupo 3.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP)

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) proporciona asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. En Tennessee, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN State Health Insurance Assistance Program, TN SHIP).

No tiene relación con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud.

Método	Información de contacto
Llame al	1-877-801-0044 De 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del Centro
TTY	1-800-848-0299
Escriba a	502 Deaderick Street, 9th Floor Nashville, TN 37243-0860
Correo electrónico	tn.ship@tn.gov
Sitio web	tn.gov/disability-and-aging/disability-aging-programs/tn-ship.html

Comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee para recibir ayuda con:

- preguntas sobre Medicare
- Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee pueden responder sus preguntas sobre cómo cambiar a un nuevo plan y ayudarle a hacer lo siguiente:
 - comprender sus derechos,
 - comprender sus opciones de planes,
 - presentar quejas sobre su tratamiento o el cuidado de su salud **y**
 - resolver problemas con sus facturas.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO)

Nuestro estado tiene una organización llamada ACENTRA. Está formada por un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. ACENTRA no tiene relación con nuestro plan.

Método	Información de contacto
Llame al	Miembros: 1-888-317-0751 Fax: 1-844-878-7921
Escriba a	ACENTRA 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	acentraqio.com

Comuníquese con ACENTRA para recibir ayuda con:

- preguntas sobre sus derechos de cuidado de la salud
- cómo presentar una queja sobre el cuidado que recibió si:
 - tiene un problema con la calidad del cuidado;
 - cree que su estadía en el hospital terminará demasiado pronto; o
 - piensa que su cuidado de asistencia médica a domicilio, su cuidado en un centro de enfermería especializada o sus servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) terminarán demasiado pronto.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

E. Medicare

Medicare es el programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare se llama Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048. Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov Este es el sitio web oficial de Medicare. Le ofrece información actualizada sobre Medicare. También tiene información sobre hospitales, centros de enfermería, médicos, agencias de asistencia médica a domicilio, centros de diálisis, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y centros de cuidados paliativos. Incluye sitios web y números de teléfono útiles. También tiene documentos que usted puede imprimir directamente desde su computadora. Si no tiene computadora, en su biblioteca o centro para adultos de edad avanzada local, posiblemente le permitan usar una computadora para visitar este sitio web. O puede llamar a Medicare al número indicado anteriormente y decirles lo que está buscando. Buscarán la información en el sitio web y la revisarán con usted.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F. TennCare

TennCare ayuda con los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo a las personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Usted está inscrito en Medicare y en TennCare. Si tiene preguntas sobre la ayuda que recibe de Medicaid, llame a TennCare.

Método	Información de contacto
Llame al	TennCare al 1-855-259-0701 De 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del Centro
TTY	1-800-848-0299
Escriba a	310 Great Circle Rd. Nashville, TN 37243
Correo electrónico	tenn.care@tn.gov
Sitio web	tn.gov/tenncare

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

G. Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (LTC) del Estado de Tennessee

El programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (Long-Term Care, LTC) del Estado de Tennessee ayuda a las personas a obtener información sobre asilos de convalecencia y a resolver problemas entre los asilos de convalecencia y los residentes o sus familiares.

Este programa ofrece asistencia a las personas que viven en asilos de convalecencia o en otros centros residenciales comunitarios, como una residencia con servicios de vivienda asistida o una residencia para adultos con cuidados críticos. Un Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo no trabaja para el centro, el estado ni una organización de cuidado administrado. Esto contribuye a que sean imparciales y objetivos en la resolución de problemas y dudas.

El Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de cada área del estado puede:

- Proporcionar información sobre la admisión y el alta de centros de apoyos y servicios a largo plazo.
- Proporcionar educación sobre los derechos y las responsabilidades de los residentes.
- Ayudar a los residentes y sus familias a resolver cuestiones o problemas que no hayan podido resolver por su cuenta con el centro. Las inquietudes pueden incluir cosas como:
 - Calidad del cuidado;
 - Derechos de los residentes; o
 - Admisiones, traslados, y altas

Para obtener más información sobre el programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo, o para comunicarse con el Ombudsman de su área, llame a la Comisión sobre el Envejecimiento y la Discapacidad de Tennessee.

Método	Información de contacto
Llame al	Tel.: 615-253-5412 Fax: 615-741-3309 Número gratuito: 877-236-0013 de 8:00 a.m. a 4:30 p.m., hora del Centro
TTY	Número gratuito: 1-800-848-0299 615-532-3893
Escriba a	502 Deaderick Street, 9th Floor Nashville, TN 37243-0860
Correo electrónico	ombudsman.notification@tn.gov
Sitio web	tn.gov/disability-and-aging/disability-aging-programs/long-term-care-ombudsman.html

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

H. Programas que Ayudan a las Personas a Pagar Sus Medicamentos con Receta

El sitio web es.Medicare.gov (es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay otros programas de ayuda, según se describe a continuación.

H1. Programa Ayuda Adicional

Dado que cumple los requisitos de TennCare, usted califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos con receta, y lo está recibiendo. No necesita hacer nada para recibir este programa Ayuda Adicional.

Método	Información de Contacto
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Esta llamada es gratuita. Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.
Sitio web	es.medicare.gov

H2. Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (ADAP)

El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas que cumplen los requisitos de dicho programa y que viven con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están en el formulario del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta del Programa de la Parte B Ryan White de Tennessee. **Nota:** Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de ser personas no aseguradas o subaseguradas. Si usted cambia de plan, notifique a su trabajador de inscripción del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida local para que pueda seguir recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al **615-532-6509**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

I. Seguro Social

El Seguro Social determina los requisitos de participación y administra las inscripciones para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que son mayores de 65 años o que tienen una discapacidad o Enfermedad Renal en Etapa Terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) y reúnen ciertas condiciones, cumplen los requisitos de Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la inscripción en Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

Si se muda o cambia de dirección postal, es importante que se comuniquen con el Seguro Social para informarles.

Método	Información de contacto
Llame al	<p>1-800-772-1213</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.</p> <p>Usted puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas operaciones las 24 horas del día.</p>
TTY	<p>1-800-325-0778</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial.</p>
Sitio web	ssa.gov/espanol/

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

J. Junta de Retiro Ferroviario (RRB)

La Junta de Retiro Ferroviario (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra programas de beneficios integrales para los empleados ferroviarios del país y sus familias. Si usted recibe Medicare a través de la Junta de Retiro Ferroviario, es importante que les informe si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Retiro Ferroviario, comuníquese con la agencia.

Método	Información de Contacto
Llame al	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Retiro Ferroviario de 9 a.m. a 3:30 p.m., los lunes, martes, jueves y viernes; y de 9 a.m. a 12 p.m., los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda de la Junta de Retiro Ferroviario automatizada con información grabada, las 24 horas del día, incluso los fines de semana y días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número es para las personas que tienen dificultades para oír o hablar. Para llamar a este número, usted debe tener un equipo de teléfono especial. Las llamadas a este número no son gratuitas.</p>
Sitio web	rrb.gov

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

K. Seguro de grupo u otro seguro de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja de unión libre) recibe beneficios del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios del empleador o sindicato, o a Servicio al Cliente si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048)** si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si usted tiene otra cobertura de medicamentos con receta a través del grupo del empleador o grupo para jubilados de usted (o de su cónyuge o pareja de unión libre), comuníquese con el **administrador de beneficios de ese grupo**, quien puede ayudarle a determinar cómo funcionará su cobertura de medicamentos con receta vigente con nuestro plan.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Capítulo 3

Cómo usar la cobertura de nuestro plan para recibir sus servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos

Introducción

Este capítulo contiene las reglas y los términos específicos que usted debe conocer para recibir servicios para el cuidado de la salud y otros servicios cubiertos con nuestro plan. También le explica sobre su coordinador del cuidado de la salud, cómo recibir cuidado de diferentes tipos de proveedores y en determinadas circunstancias especiales (por ejemplo, de proveedores o farmacias fuera de la red), qué puede hacer si le facturan directamente servicios que cubrimos y las reglas para adquirir la propiedad del Equipo Médico Duradero (DME). Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Información sobre servicios y proveedores	43
B.	Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan	43
C.	Su coordinador del cuidado de la salud	45
	C1. ¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud?	45
	C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud	45
	C3. Cómo puede cambiar de coordinador del cuidado de la salud.....	45
D.	Cuidado de proveedores	46
	D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)	46
	D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red.....	47
	D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan	48
	D4. Proveedores fuera de la red	49
E.	Apoys y servicios a largo plazo (LTSS)	49
	E1. ¿Cómo puedo solicitar CHOICES?.....	50
	E2. ¿Quién puede calificar para inscribirse en CHOICES?.....	51
	E3. Límites en la Inscripción en el Grupo 2 y 3 de CHOICES.....	53
	E4. Cómo Recibir Servicios en el Programa CHOICES.....	54
F.	Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)	57

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

G.	Cómo recibir cuidado dirigido por el consumidor	57
G1.	Qué es el cuidado dirigido por el consumidor	57
G2.	Quién puede recibir cuidado dirigido por el consumidor (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención).....	58
G3.	Cómo recibir ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal (si corresponde)	59
H.	Servicios de transporte	61
I.	Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe	61
I1.	Cuidado en una emergencia médica	61
I2.	Cuidado requerido de urgencia.....	63
I3.	Cómo recibir cuidado durante una catástrofe.....	64
J.	Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre.....	64
J1.	Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios.....	64
K.	Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica	65
K1.	Definición de un estudio de investigación clínica	65
K2.	Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica.....	66
K3.	Más información sobre estudios de investigación clínica	66
L.	Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud	66
L1.	Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud	66
L2.	Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud	67
M.	Equipo médico duradero (DME)	67
M1.	Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan	67
M2.	Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original.....	68
M3.	Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan.....	69
M4.	Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA).....	69

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

A. Información sobre servicios y proveedores

Servicios son cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo (LTSS), suministros, servicios de salud del comportamiento, medicamentos con y sin receta, equipos y otros servicios. **Servicios cubiertos** son cualesquiera de estos servicios que pague nuestro plan. Los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud del comportamiento y los apoyos y servicios a largo plazo cubiertos se indican en el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**. Sus servicios cubiertos para medicamentos con y sin receta se encuentran en el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Proveedores son los médicos, las enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. Los proveedores también incluyen hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, servicios de salud del comportamiento, equipos médicos y ciertos Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Proveedores de la red son proveedores que trabajan con nuestro plan. Estos proveedores aceptan nuestro pago, que incluye el costo compartido como pago total. Los proveedores de la red nos facturan directamente el cuidado que le proporcionan a usted. Cuando usted usa un proveedor de la red, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos.

B. Reglas para recibir los servicios que cubre nuestro plan

Nuestro plan cubre todos los servicios cubiertos por Medicare y TennCare. Esto incluye los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo.

Nuestro plan generalmente pagará los servicios para el cuidado de la salud, los servicios de salud del comportamiento y los Apoyos y Servicios a Largo Plazo que usted reciba cuando cumpla nuestras reglas. Para tener la cobertura de nuestro plan:

- El cuidado que usted reciba debe ser un **beneficio del plan**. Esto significa que lo incluimos en nuestra Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.
- El cuidado debe ser **médicamente necesario**. Cuando decimos médicamente necesario, nos referimos a que usted necesita los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar su enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.
- Para recibir servicios médicos, usted debe tener un **proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP)** de la red que le indique el cuidado o le diga que use otro médico. Como miembro del plan, usted debe elegir un proveedor de la red para que sea su proveedor de cuidado primario.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- En la mayoría de los casos, su proveedor de cuidado primario de la red debe darle su aprobación para que usted pueda usar un proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario o para usar otros proveedores dentro de la red de nuestro plan. Esto se llama **referencia**. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos los servicios.
- No necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para recibir cuidado de emergencia ni cuidado requerido de urgencia, ni para usar un proveedor de salud de la mujer. Puede recibir otros tipos de cuidado sin tener una referencia de su proveedor de cuidado primario (para obtener más información, consulte la **Sección D1** de este capítulo).
- **Debe recibir su cuidado de proveedores de la red.** Habitualmente, no cubriremos el cuidado que le proporcione un proveedor que no trabaja con nuestro plan de salud. Esto significa que usted tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. En algunos casos como los siguientes, no se aplica esta regla:
 - Cubrimos el cuidado de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red (para obtener más información, consulte la **Sección I** de este capítulo).
 - Si necesita cuidado de un especialista que nuestro plan cubre y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionárselo, usted puede recibirlo de un proveedor fuera de la red. Usted **DEBE** obtener una preaprobación para esos servicios. En esta situación, cubrimos el cuidado como si usted lo hubiera recibido de un proveedor de la red sin costo adicional para usted.
 - Cubrimos los servicios de diálisis renal cuando usted se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan durante un breve período o cuando su proveedor no esté a su disposición o no esté accesible temporalmente. Usted puede recibir estos servicios en un centro de diálisis certificado por Medicare. El costo compartido que usted paga por la diálisis nunca puede exceder el costo compartido de Medicare Original. Si usted se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene los servicios de diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si el proveedor dentro de la red que suele prestarle los servicios de diálisis no está a su disposición temporalmente y usted decide recibir los servicios dentro del área de servicio, de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido por los servicios de diálisis puede ser más alto.
 - Si usted ya estaba recibiendo el cuidado o el tratamiento cuando comenzó TennCare, podrá seguir recibiendo el cuidado sin una aprobación o referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C. Su coordinador del cuidado de la salud

Somos responsables de manejar todas sus necesidades de salud física, de salud del comportamiento (trastornos de salud mental o por consumo de sustancias) y de apoyos y servicios a largo plazo, así como de los servicios que usted recibe para satisfacer estas necesidades. Esto se llama coordinación del cuidado de la salud. Le asignaremos un Coordinador del Cuidado de la Salud cuando se inscriba en nuestro plan.

C1. ¿Qué es un coordinador del cuidado de la salud?

Su Coordinador del Cuidado de la Salud cumplirá un rol muy importante. Es su principal persona de contacto y es la primera persona a quien debe recurrir si tiene alguna pregunta sobre sus servicios. Su Coordinador del Cuidado de la Salud:

- Le proporcionará información sobre su cobertura y responderá sus preguntas.
- Le ayudará a recibir el tipo adecuado de apoyos y servicios a largo plazo en el lugar indicado para satisfacer sus necesidades.
- Coordinará todas sus necesidades de servicios de salud física, de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias) y de apoyos y servicios a largo plazo.
- Le ayudará a resolver problemas y responderá las preguntas que usted tenga sobre su cuidado.
- Hará una verificación al menos una vez al año para asegurarse de que usted siga necesitando el nivel de cuidado que se proporciona dentro de un asilo de convalecencia o, si usted está en el Grupo 3, si sigue estando “en riesgo” de ingresar en un asilo de convalecencia.
- Se comunicará con sus proveedores para asegurarse de que sepan lo que está ocurriendo con el cuidado de su salud y para coordinar la prestación de sus servicios.

C2. Cómo puede comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud

Para comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

C3. Cómo puede cambiar de coordinador del cuidado de la salud

Para cambiar de coordinador del cuidado de la salud, llame a Servicio al Cliente al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

D. Cuidado de proveedores

D1. Cuidado de un proveedor de cuidado primario (PCP)

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario para que proporcione y administre su cuidado.

Definición de proveedor de cuidado primario y lo que hace este proveedor por usted

¿Qué es un proveedor de cuidado primario?

Un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) es un médico de la red que usted elige para prestar y coordinar los servicios cubiertos que usted recibe.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario? Por lo general, los proveedores de cuidado primario son médicos especializados en Medicina Interna, Medicina Familiar o Medicina General.

¿Cuál es el rol de mi proveedor de cuidado primario?

La relación con su proveedor de cuidado primario es importante porque este médico es responsable de la coordinación del cuidado de su salud y, además, es responsable de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina. Le recomendamos que le pida ayuda a su proveedor de cuidado primario para elegir un especialista de la red y que, después de una visita a un especialista, realice un seguimiento con su proveedor de cuidado primario. Es importante que entable y mantenga una buena relación con su proveedor de cuidado primario.

Su elección de proveedor de cuidado primario

Usted debe elegir un proveedor de cuidado primario del **Directorio de Proveedores y Farmacias** en el momento de su inscripción. Sin embargo, puede visitar a cualquier proveedor de la red que elija.

Para obtener una copia del **Directorio de Proveedores y Farmacias** más reciente o si necesita ayuda para elegir un proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o visite **MyUHC.com/CommunityPlan** para obtener la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red. Si no elige un proveedor de cuidado primario en el momento de inscribirse, podemos elegir uno por usted.

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario en cualquier momento. Consulte “Cómo cambiar de proveedor de cuidado primario” a continuación.

Opción para cambiar de proveedor de cuidado primario

Puede cambiar de proveedor de cuidado primario por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de cuidado primario deje la red de nuestro plan. Si su proveedor de cuidado primario deja nuestra red, podemos ayudarle a buscar uno nuevo dentro de nuestra red.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si desea cambiar de proveedor de cuidado primario, llame a Servicio al Cliente o puede hacerlo por Internet. Si el proveedor de cuidado primario está aceptando miembros adicionales del plan, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

Servicios que puede recibir sin la aprobación de su proveedor de cuidado primario

En la mayoría de los casos, necesita la aprobación de su proveedor de cuidado primario antes de usar otros proveedores. Esta aprobación se llama **referencia**. Usted puede recibir servicios como los que se indican a continuación sin obtener primero la aprobación de su proveedor de cuidado primario:

- servicios para emergencias de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- cuidado requerido de urgencia de proveedores de la red
- cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando usted no pueda visitar a un proveedor de la red (por ejemplo, si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan)

Nota: El cuidado requerido de urgencia debe ser de necesidad inmediata y médicamente necesario.

- Servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan. Llame a Servicio al Cliente antes de salir del área de servicio. Podemos ayudarle a recibir diálisis mientras esté lejos.
- Vacunas antigripales y vacunas contra la COVID-19, así como vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la pulmonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de rutina para el cuidado de la salud de la mujer y para la planificación familiar, que incluyen exámenes de seno, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Además, si cumple los requisitos para recibir servicios de proveedores de salud indígenas, puede usar estos proveedores sin una referencia.

D2. Cuidado de especialistas y otros proveedores de la red

Un especialista es un médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica. Hay muchas clases de especialistas, tales como:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con problemas cardíacos.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con problemas óseos, articulares o musculares.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Aunque su proveedor de cuidado primario está capacitado para tratar la mayoría de las necesidades frecuentes de cuidado de la salud, es posible que en algún momento considere que usted necesita consultar a un especialista de la red. **Usted no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista o un proveedor de servicios de salud mental o de salud del comportamiento de la red.** Aunque no necesita una referencia de su proveedor de cuidado primario para consultar a un especialista de la red, su proveedor de cuidado primario puede recomendarle un especialista de la red apropiado para su enfermedad, responder las preguntas que usted tenga sobre el plan de tratamiento de un especialista de la red y proporcionar cuidado de la salud de seguimiento según sea necesario. Para la coordinación del cuidado de la salud, le recomendamos que, cuando consulte a un especialista de la red, le avise a su proveedor de cuidado primario.

Consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los especialistas del plan a su disposición a través de su red. Puede consultar el **Directorio de Proveedores y Farmacias** en Internet en myuhc.com/communityplan o llamar a Servicio al Cliente al número de teléfono que se encuentra al final de esta página.

D3. Cuando un proveedor deja nuestro plan

Es posible que un proveedor de la red que usted use deje nuestro plan. Si uno de sus proveedores deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores cambie durante el año, debemos ofrecerle acceso ininterrumpido a proveedores calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de cuidado primario o de servicios de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si usted ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna al proveedor, si actualmente recibe cuidado de él o si le ha consultado en los últimos tres meses.
- Le ayudamos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para seguir manejando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está recibiendo tratamiento médico o terapias de su proveedor actual, tiene derecho a pedir que continúen si son médicamente necesarios, y colaboramos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que podría tener para cambiar de plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

- Si no podemos encontrar un especialista de la red calificado y accesible para usted, debemos hacer los arreglos necesarios para que un especialista fuera de la red le proporcione su cuidado cuando no haya un proveedor o beneficio adecuado o disponible dentro de la red para satisfacer sus necesidades médicas.
- Si usted cree que no hemos reemplazado a su proveedor anterior por un proveedor calificado o que no estamos administrando bien su cuidado, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad del cuidado ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, una queja formal sobre la calidad del cuidado o ambas. (Consulte el **Capítulo 9** para obtener más información.)

Si se entera de que uno de sus proveedores dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros. Podemos ayudarle a buscar un nuevo proveedor y a administrar su cuidado.

D4. Proveedores fuera de la red

El cuidado que usted reciba de proveedores fuera de la red no estará cubierto, a menos que dicho cuidado cumpla una de las cuatro excepciones que se describen en la Sección B de este capítulo. Para obtener información sobre cómo recibir cuidado fuera de la red cuando tiene una emergencia médica o necesita cuidado de urgencia, consulte la Sección I de este capítulo. Llame a Servicio al Cliente para pedir ayuda sobre cómo recibir cuidado de proveedores fuera de la red.

Si usa un proveedor fuera de la red, el proveedor debe cumplir los requisitos para participar en Medicare o en TennCare.

- No podemos pagarle a un proveedor que no cumpla los requisitos para participar en Medicare ni en TennCare.
- Si usa un proveedor que no cumple los requisitos para participar en Medicare, usted debe pagar el costo total de los servicios que reciba.
- Los proveedores deben decirle si no cumplen los requisitos para participar en Medicare.

E. Apoyos y servicios a largo plazo (LTSS)

TennCare CHOICES son apoyos y servicios a largo plazo (o CHOICES para abreviar) para adultos (mayores de 21 años) con una discapacidad física y adultos de edad avanzada (mayores de 65 años). CHOICES ofrece servicios para ayudar a una persona a vivir en su propio domicilio o en la comunidad. Estos servicios se llaman **Servicios a Domicilio y en la Comunidad** (Home and Community Based Services, HCBS). Estos servicios se pueden prestar en el domicilio, en el trabajo o en la comunidad para ayudar a las personas con las actividades de la vida diaria y permitirles que trabajen y participen activamente en su comunidad local. CHOICES también proporciona cuidado dentro de un asilo de convalecencia si es necesario.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

E1. ¿Cómo puedo solicitar CHOICES?

Si usted piensa que necesita apoyos y servicios a largo plazo, llámenos al **1-800-690-1606**, TTY **711**. Podemos realizarle un breve cuestionario por teléfono para decidir si usted podría calificar para CHOICES. Si el cuestionario indica que usted no parece calificar para CHOICES, recibirá una carta que dirá cómo puede terminar de solicitar CHOICES.

Si el cuestionario indica que usted podría calificar para CHOICES, o si no realizamos un cuestionario por teléfono, enviaremos un Coordinador del Cuidado de la Salud a su domicilio para que realice una evaluación.

El objetivo de la evaluación en el domicilio es ayudarle a solicitar la inscripción en CHOICES. También es para saber lo siguiente:

- Los tipos de ayuda que usted necesita;
- los tipos de ayuda que le proporcionan sus familiares y otros cuidadores para ayudar a satisfacer sus necesidades; y
- los déficits en el cuidado por los que se podrían necesitar apoyos y servicios a largo plazo remunerados.

Si desea recibir cuidado a domicilio o en la comunidad (en lugar de ir a un asilo de convalecencia), la evaluación ayudará a decidir si sus necesidades se pueden satisfacer de forma segura en el domicilio o en la comunidad. Para el Grupo 2 de CHOICES (puede leer todo sobre los Grupos de CHOICES a continuación), ayudará a decidir si el costo de su cuidado excedería el costo del cuidado en un asilo de convalecencia.

Esto **no** significa que usted recibirá servicios hasta el costo del cuidado en un asilo de convalecencia. CHOICES no pagará más servicios de los que usted debe tener para satisfacer de forma segura sus necesidades en el domicilio. Además, CHOICES solamente paga servicios para satisfacer necesidades de apoyos y servicios a largo plazo que no se puedan satisfacer de otras maneras.

Los servicios de CHOICES que se le presten en su domicilio o en la comunidad no reemplazarán el cuidado que usted recibe de familiares y amigos ni los servicios que usted ya recibe.

Si usted está recibiendo ayuda de programas comunitarios, recibe servicios pagados por Medicare u otro seguro, o tiene un familiar que le cuida, estos servicios no serán reemplazados por el cuidado remunerado a través de CHOICES. En cambio, el cuidado a domicilio que reciba a través de CHOICES funcionará junto con la asistencia que ya recibe para ayudarle a permanecer en su domicilio y en la comunidad por más tiempo. El cuidado de CHOICES se proporcionará de la manera más eficiente en costo posible para que más personas que necesitan cuidado puedan recibir ayuda.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Sin embargo, si ha estado recibiendo servicios a través del programa Options, financiado por el estado, ya no tendrá derecho a recibirlos. Ese programa es para personas que no reciben TennCare. Y si usted ha estado recibiendo servicios de programas financiados por la Ley de Estadounidenses de Edad Avanzada (Older Americans Act) (como el programa de entrega de comida a domicilio Meals on Wheels, servicios domésticos o los Programas Nacionales de Apoyo para Cuidadores Familiares) que ahora puede recibir a través de CHOICES, recibirá el cuidado que necesita a través de CHOICES.

Si desea cuidado a domicilio, el Coordinador del Cuidado de la Salud también evaluará el riesgo. Esto ayudará a identificar cualquier riesgo adicional al que pueda enfrentarse como resultado de elegir recibir cuidado en el domicilio. También servirá para identificar estrategias para reducir esos riesgos y para ayudarle a mantenerse sano y salvo.

Para saber si califica para inscribirse en CHOICES, llámenos al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

¿Conoce a alguien que no está en TennCare que quiera inscribirse en CHOICES? Esa persona debería comunicarse con la Agencia sobre el Envejecimiento y la Discapacidad del Área (Area Agency on Aging and Disability, AAAD) local sin costo al **866-836-6678**. Esa agencia local le ayudará a saber si esa persona califica para TennCare y CHOICES.

E2. ¿Quién puede calificar para inscribirse en CHOICES?

Hay tres (3) grupos de personas que pueden calificar para inscribirse en CHOICES.

El **Grupo 1 de CHOICES** es para personas de todas las edades que reciben cuidado en un asilo de convalecencia.

Para estar en el Grupo 1 de CHOICES, usted debe:

- Necesitar el nivel de cuidado que se proporciona dentro de un asilo de convalecencia
- **y** calificar para los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare
- **y** recibir los servicios de asilo de convalecencia que paga TennCare.

Los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare decidirán si usted necesita el nivel de cuidado que se proporciona dentro de un asilo de convalecencia. Servicio al Cliente de TennCare decidirá si usted califica para los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare. Le ayudaremos a llenar los papeles que TennCare necesita para tomar una decisión. ¿Qué ocurre si TennCare acepta? Si está recibiendo servicios de asilo de convalecencia que TennCare pagará, TennCare le inscribirá en el Grupo 1 de CHOICES. Si TennCare dice que usted no califica, recibirá una carta que le explicará por qué. También le indicará cómo apelar si usted piensa que es un error.

El **Grupo 2 de CHOICES** es para ciertas personas que califican para el cuidado en un asilo de convalecencia, pero, en cambio, eligen recibir cuidado a domicilio. Para estar en el Grupo 2 de CHOICES, usted debe:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Necesitar el nivel de cuidado que se proporciona dentro de un asilo de convalecencia
- **y** calificar para los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare porque usted recibe pagos del programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI) O porque usted necesita y recibirá servicios de cuidado a domicilio en lugar de cuidado en un asilo de convalecencia
- **y** ser un adulto mayor de 65 años
- **o** ser un adulto mayor de 21 años y tener una discapacidad física.

Si necesita servicios de cuidado a domicilio, pero no califica para uno de estos grupos, no puede estar en el Grupo 2 de CHOICES, pero tal vez califique para otros tipos de apoyos y servicios a largo plazo.

Los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare decidirán si usted necesita el nivel de cuidado que se proporciona dentro de un asilo de convalecencia. Servicio al Cliente de TennCare decidirá si usted califica para los apoyos y servicios a largo plazo de Medicaid por una de las razones indicadas anteriormente. Le ayudaremos a llenar los papeles que TennCare necesita para tomar una decisión. Si TennCare acepta, para inscribirse en el Grupo 2 de CHOICES y comenzar a recibir servicios de cuidado a domicilio:

- Debemos poder satisfacer de forma segura sus necesidades en el domicilio.
- Y el costo de su cuidado a domicilio no puede ser mayor que el costo del cuidado en un asilo de convalecencia. El costo de su cuidado a domicilio incluye todos los servicios para el cuidado de la salud a domicilio o los servicios de enfermería privada que usted necesite.

Si no podemos satisfacer de forma segura sus necesidades en el domicilio, **o** si su cuidado costaría más que el cuidado en un asilo de convalecencia, usted no puede estar en el Grupo 2 de CHOICES. Sin embargo, usted podría calificar para otros tipos de apoyos y servicios a largo plazo.

Si TennCare dice que usted no califica, recibirá una carta que le explicará por qué. También le indicará cómo apelar si usted piensa que es un error.

El **Grupo 3 de CHOICES** es para ciertas personas que **no califican para el cuidado en un asilo de convalecencia**, pero **necesitan cuidado a domicilio** para mantenerse de forma segura en su domicilio.

Para estar en el Grupo 3 de CHOICES, usted debe:

- Estar “en riesgo” de ir a un asilo de convalecencia, a menos que reciba cuidado a domicilio
- **y** calificar para los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare porque usted recibe pagos del programa Seguridad de Ingreso Complementario O porque usted recibirá servicios de cuidado a domicilio en lugar de cuidado en un asilo de convalecencia
- **y** ser un adulto mayor de 65 años
- **o** ser un adulto mayor de 21 años y tener una discapacidad física.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare decidirán si usted está “en riesgo” de ir a un asilo de convalecencia. Servicio al Cliente de TennCare decidirá si usted califica para los apoyos y servicios a largo plazo de TennCare por una de las razones indicadas anteriormente. Le ayudaremos a llenar los papeles que TennCare necesita para tomar una decisión.

Si TennCare acepta, para inscribirse en el Grupo 3 de CHOICES y comenzar a recibir servicios de cuidado a domicilio:

- Debemos poder satisfacer de forma segura sus necesidades en el domicilio con el cuidado que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES.
- Si no podemos satisfacer de forma segura sus necesidades con el cuidado que recibiría en el Grupo 3 de CHOICES, no puede estar en el Grupo 3 de CHOICES. Pero, TennCare podría decidir que usted califica para otros tipos de apoyos y servicios a largo plazo, incluido el cuidado en un asilo de convalecencia.

E3. Límites en la Inscripción en el Grupo 2 y 3 de CHOICES

No todas las personas que califican para inscribirse en el Grupo 2 o en el Grupo 3 de CHOICES podrán inscribirse. Hay un cupo de inscripción para el Grupo 2 y el Grupo 3 de CHOICES. Es como un límite en el número de personas que pueden estar en el grupo al mismo tiempo. (El número de personas que pueden inscribirse se suele llamar “vacantes”.) Esto permite garantizar que el programa no crezca más rápido que el dinero del estado para pagar el cuidado a domicilio. También permite asegurarse de que haya suficientes proveedores de cuidado a domicilio para prestar los servicios necesarios.

El estado establecerá en las Reglas de TennCare el cupo de inscripción para el número de vacantes que se pueden ocupar en el Grupo 2 y el Grupo 3 de CHOICES.

Para el Grupo 2 de CHOICES, no se aplica a las personas que salen de un asilo de convalecencia. Y, **podría** no aplicarse a algunas personas que están en TennCare que tendrían que ir a un asilo de convalecencia inmediatamente si no hay cuidado a domicilio menos costoso disponible. Debemos decidir si usted tendría que ir a un asilo de convalecencia inmediatamente, y presentar pruebas ante TennCare. Además, debemos demostrar a TennCare que hay proveedores de cuidado a domicilio dispuestos a comenzar a proporcionarle cuidado a domicilio.

Se reservarán algunas vacantes para emergencias. Por ejemplo, cuando una persona está por salir del hospital y será admitida en un asilo de convalecencia si no hay cuidado a domicilio disponible. Las vacantes reservadas no se usarán hasta que se hayan ocupado todas las demás vacantes. Las reglas de TennCare establecen el número de vacantes reservadas y las pautas para calificar para una de esas vacantes. Si las únicas vacantes que quedan están reservadas, tendrá que cumplir las pautas para las vacantes reservadas a fin de inscribirse en el Grupo 2 o el Grupo 3 de CHOICES.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Visitas de cuidado personal (hasta 2 visitas por cada día, que no duren más de 4 horas por cada visita; debe haber al menos 4 horas entre cada visita.) - Alguien le ayudará con las necesidades de cuidado personal y con el apoyo en el domicilio, en el trabajo o en la comunidad. ¿Necesita este tipo de cuidado personal? En ese caso, el trabajador que le hace visitas de cuidado personal también puede ayudar con las tareas domésticas, como preparar comidas, limpiar la casa o lavar la ropa. También puede hacer mandados como ir a comprar comestibles o pasar a retirar sus medicamentos.

- Solamente puede ayudarle con esas cosas a usted, no a otros familiares que no estén inscritos en CHOICES. Y solamente puede hacer esas cosas si no hay nadie más que pueda hacerlas por usted.

Asistente para el cuidado personal (hasta 1,080 horas por cada año calendario) – Los mismos tipos de ayuda que usted recibiría con las visitas de cuidado personal, pero por períodos más prolongados (más de 4 horas por cada visita o visitas con menos de 4 horas de diferencia). Usted solamente puede recibir los servicios de un asistente para el cuidado personal cuando no se pueden satisfacer sus necesidades con visitas de cuidado personal más cortas.

- ¿Necesita ayuda con el cuidado personal y también necesita ayuda con las tareas domésticas o los mandados? En ese caso, su límite de asistente para el cuidado personal aumenta a 1,400 horas por cada año calendario. Este límite más alto es solamente para las personas que también necesitan ayuda con las tareas domésticas o los mandados. La cantidad de horas de asistente para el cuidado personal que usted obtenga dependerá de sus necesidades.

Comidas entregadas a su domicilio (hasta 1 comida por cada día).

Cuidado diurno para adultos (hasta 2,080 horas por cada año calendario) – Un lugar que proporciona cuidado y actividades supervisados durante el día.

Relevo del cuidador en el domicilio (hasta 216 horas por cada año calendario) – Alguien que va a su domicilio a quedarse con usted durante un tiempo breve para que su cuidador pueda descansar un poco.

Relevo del cuidador como paciente hospitalizado (hasta 9 días por cada año calendario) – Una breve estadía en un asilo de convalecencia o en una residencia de cuidado asistido para que su cuidador pueda descansar un poco.

Tecnología de asistencia (hasta \$900 por cada año calendario) – Ciertos artículos o dispositivos de bajo costo que pueden facilitarle las cosas o mejorar su seguridad en el domicilio, por ejemplo, agarradores para alcanzar cosas.

Modificaciones menores en el domicilio (hasta \$6,000 por cada proyecto; \$10,000 por cada año calendario; y \$20,000 de por vida) – Ciertos cambios en su domicilio que le ayudarán a desplazarse con más facilidad y seguridad, por ejemplo, barras de sujeción o una rampa para sillas de ruedas.

Control de plagas (hasta 9 unidades por cada año calendario) – Desinfección de insectos o de ratas en su domicilio.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Residencia de Cuidado Asistido – Un lugar para vivir que ayuda con las necesidades de cuidado personal, los servicios domésticos y la toma de sus medicamentos. Usted debe pagar su habitación y comida.

Residencia para Adultos con Cuidados Críticos – Residencia en la que viven usted y otras 4 personas más como máximo, con un profesional de cuidado de la salud que se ocupa de las necesidades especiales de salud y cuidado a largo plazo. (Conforme a la ley estatal, estas residencias solamente están disponibles para las personas que dependen de un respirador o que tienen traumatismo de cráneo. Usted debe pagar su habitación y comida.) Las Residencias para Adultos con Cuidados Críticos SOLO están disponibles para miembros del Grupo 2.

Cuidado de Compañía – Alguien que usted contrata para que viva con usted en su domicilio y le ayude con el cuidado personal o la limpieza liviana cada vez que lo necesite. (Disponible solamente para personas con Servicios Dirigidos por el Consumidor que están en el Grupo 2 y necesitan cuidado intermitente durante el día y la noche que no pueden proporcionar cuidadores no remunerados. Y solamente cuando no cueste más que otros tipos de cuidado a domicilio que satisfagan sus necesidades.)

Apoyo para Vivir en la Comunidad (Community Living Supports, CLS) – Residencia o departamento compartido donde viven usted y otras 3 personas más como máximo. El nivel de apoyo que se proporciona depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otros tipos de apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.

Apoyo para Vivir en la Comunidad – Modelo Familiar (Community Living Supports – Family Model, CLS-FM) – Residencia o departamento compartido donde viven usted y otras 3 personas más como máximo con una familia anfitriona capacitada. El nivel de apoyo que se proporciona depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otros tipos de apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.

La tecnología facilitadora es un nuevo servicio (hasta \$5,000 por cada año calendario y está disponible hasta el 31 de marzo de 2025) – La tecnología facilitadora es el uso de diversas formas de dispositivos y tecnología para apoyar la vida independiente, como sensores, aplicaciones móviles, sistemas de apoyo remoto y otros dispositivos inteligentes. La tecnología facilitadora puede ayudar a una persona a desenvolverse en su trabajo y en su comunidad, a tener un mayor control de su entorno y a proporcionarle apoyo remoto y recordatorios para ayudarle a llevar una vida independiente.

Decisiones de cobertura para Apoyos y Servicios a Largo Plazo

A veces, es posible que usted tenga que preguntarnos si cubrimos sus servicios de cuidado médico o de salud del comportamiento (trastornos de salud mental o por consumo de sustancias) antes de recibirlos, aunque un médico diga que usted necesita los servicios. A esto se le llama decisión de cobertura. Para obtener más información sobre qué hacer, consulte el **Capítulo 9**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Cómo Usar Proveedores de Apoyos y Servicios a Largo Plazo que Trabajan con UHC Dual Complete TN-Y001

Al igual que los servicios para el cuidado de la salud y los servicios de salud del comportamiento, usted debe usar proveedores que trabajen con nosotros para recibir la mayoría de los apoyos y servicios a largo plazo. Puede encontrar el **Directorio de Proveedores** en Internet en **MyUHC.com/CommunityPlan**. O llámenos al **1-800-690-1606**, TTY **711** para obtener una lista. Es posible que se hayan agregado o retirado proveedores después de la impresión de la lista. En cambio, el Directorio de Proveedores en Internet se actualiza todas las semanas. También puede llamarnos al **1-800-690-1606**, TTY **711** para saber si un proveedor está dentro de nuestra red.

En la mayoría de los casos, usted debe recibir servicios de un proveedor de apoyos y servicios a largo plazo que esté en esta lista para que TennCare pague sus apoyos y servicios a largo plazo. Sin embargo, a veces, TennCare pagará para que usted reciba cuidado de un proveedor de apoyos y servicios a largo plazo que generalmente no trabaja con nosotros. Pero, primero debemos darle nuestra aprobación para que use un proveedor de apoyos y servicios a largo plazo que generalmente no trabaja con UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).

F. Servicios de salud del comportamiento (trastornos de salud mental y por consumo de sustancias)

No necesita consultar a su proveedor de cuidado primario antes de recibir servicios de salud del comportamiento. Sin embargo, tendrá que recibir el cuidado de alguien que esté dentro de nuestra red.

Una Agencia de Salud Mental Comunitaria (Community Mental Health Agency, CMHA) es un lugar que usted puede visitar para recibir servicios para trastornos de salud mental o por consumo de sustancias. La mayoría de estas agencias aceptan TennCare.

G. Cómo recibir cuidado dirigido por el consumidor

G1. Qué es el cuidado dirigido por el consumidor

Es una manera de recibir algunos tipos de cuidado a domicilio que usted necesita. Ofrece más opciones y control sobre **quién** le proporciona cuidado a domicilio y **cómo** le proporcionan su cuidado. En CHOICES, los servicios que están disponibles a través de los Servicios Dirigidos por el Consumidor son:

- visitas de cuidado personal;
- asistente para el cuidado personal;
- relevo del cuidador en el hogar; y
- cuidado de compañía (solamente si usted califica para el Grupo 2 de CHOICES y está inscrito en él)

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

G2. Quién puede recibir cuidado dirigido por el consumidor (por ejemplo, si se limita a poblaciones inscritas en programas de exención)

En los Servicios Dirigidos por el Consumidor, usted realmente emplea a las personas que le prestan algunos de sus servicios de cuidado a domicilio — trabajan **para usted** (en vez de trabajar para un proveedor). Usted debe ser capaz de hacer las cosas que haría un empleador, por ejemplo:

1. Contratar y capacitar a sus trabajadores
 - Buscar, entrevistar y contratar trabajadores para que le proporcionen cuidado.
 - Definir las tareas laborales de los trabajadores.
 - Desarrollar una descripción del trabajo para sus empleados.
 - Capacitar a los trabajadores para que le proporcionen cuidado según sus necesidades y preferencias.
2. Programar y administrar el horario de sus trabajadores
 - Establecer el horario en el que sus trabajadores le proporcionarán cuidado.
 - Asegurarse de que sus trabajadores usen el sistema de Verificación Electrónica de Visitas (Electronic Visit Verification, EVV) para registrar la entrada y la salida **cada vez** que trabajan.
 - Asegurarse de que sus trabajadores solamente le proporcionen el cuidado que usted tiene aprobado recibir.
 - Asegurarse de que un trabajador por hora no le proporcione más de 40 horas de cuidado en una semana.
3. Supervisar a sus trabajadores
 - Controlar a sus trabajadores.
 - Evaluar el desempeño laboral de sus trabajadores.
 - Tratar los problemas o las inquietudes con el desempeño de sus trabajadores.
 - Despedir a un trabajador cuando sea necesario.
4. Controlar las notas de pago y de servicio de los trabajadores
 - Decidir cuánto se les pagará a sus trabajadores (dentro de los límites establecidos por el estado).
 - Revisar el tiempo que registren sus trabajadores para verificar que esté bien.
 - Asegurarse de que haya buenas notas descriptivas guardadas en su domicilio sobre el cuidado que le proporcionan sus trabajadores.
5. Tener y usar un plan de respaldo cuando sea necesario
 - Desarrollar un plan de respaldo para cubrir los horarios de los empleados en caso de que no se presenten a trabajar (usted no puede decidir quedarse sin servicios).
 - Activar el plan de respaldo cuando sea necesario.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

G3. Cómo recibir ayuda para emplear a proveedores de cuidado personal (si corresponde)

¿Qué ocurre si usted no puede hacer algunas o ninguna de todas estas cosas? En ese caso, usted puede elegir a un familiar, amigo o alguien allegado para que haga estas cosas por usted. Se llama “Representante de Servicios Dirigidos por el Consumidor”. Es importante que elija a una persona que le conozca muy bien y en la que pueda confiar. Para ser su Representante de Servicios Dirigidos por el Consumidor, la persona debe:

- Tener al menos 18 años.
- Conocerle muy bien.
- Comprender los tipos de cuidado que usted necesita y cómo quiere que se proporcione ese cuidado.
- Conocer su horario y su rutina.
- Conocer las necesidades de cuidado de su salud y los medicamentos que usted toma.
- Estar dispuesto y ser capaz de hacer **todas** las cosas que se requieren para participar en los Servicios Dirigidos por el Consumidor.
- Vivir con usted en su domicilio o estar presente en su domicilio con la suficiente frecuencia como para supervisar al personal. Esto generalmente significa estar al menos parte del turno de cada trabajador. Pero, puede ser menos tiempo, siempre y cuando sea suficiente para asegurarse de que usted esté recibiendo el cuidado de calidad que necesita.
- Estar dispuesto a firmar un Acuerdo de Representante, que diga que acepta hacer estas cosas.

Su Representante no puede recibir una remuneración por hacer estas cosas.

Usted o su Representante tendrán ayuda para hacer algunas de las cosas que deben hacer como empleador. Un Agente Fiscal Empleador (Fiscal Employer Agent, FEA) proporcionará esta ayuda. Hay 2 tipos de ayuda que recibirán:

1. El Agente Fiscal Empleador les ayudará a usted y a sus trabajadores a llenar todos los papeles necesarios. Pagará a sus trabajadores por el cuidado que proporcionen. Además, llenará y presentará los formularios de impuestos salariales que usted debe llenar como empleador.
2. El Agente Fiscal Empleador contratará a un Agente de Apoyo para usted. Un Agente de Apoyo es una persona que le ayudará con los otros tipos de cosas que usted debe hacer como empleador. Por ejemplo:
 - Escribir las descripciones del trabajo;
 - Ayudarles a usted y a sus trabajadores con la documentación y la capacitación
 - Programar el horario de los trabajadores según su plan de apoyo; y
 - Desarrollar un plan de respaldo inicial para cubrir a un empleado que no se presente a trabajar en su horario programado.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Pero, su Agente de Apoyo no puede ayudarle a supervisar a sus trabajadores. Usted o su Representante deben ser capaces de hacer eso por sí mismos.

El tipo y la cantidad de cuidado que usted recibirá depende de lo que necesita. Esos servicios se indican en su plan de apoyo. No podrá recibir más servicios por elegir participar en los Servicios Dirigidos por el Consumidor. Solamente puede recibir los servicios que necesita y se indican en su plan de apoyo.

Puede elegir recibir algunos de estos servicios a través de los Servicios Dirigidos por el Consumidor **y** recibir parte del cuidado a domicilio de proveedores que trabajan con su plan de salud de TennCare. Sin embargo, usted debe usar proveedores que trabajan con la organización de cuidado administrado para recibir el cuidado que no puede obtener a través de los Servicios Dirigidos por el Consumidor.

¿Puede pagarle a un familiar o amigo para que proporcione el cuidado en los Servicios Dirigidos por el Consumidor? Sí, puede pagarle a un familiar, pero no puede:

- Pagarle a su cónyuge para que le proporcione cuidado;
- Pagarle a alguien que viva con usted para que sea su Asistente para el Cuidado Personal, o para que le preste servicios para el cuidado personal o
- Servicios de relevo del cuidador a domicilio;
- Pagarle a un familiar directo para que le proporcione cuidado de compañía. Un familiar directo es un cónyuge, padre, madre, abuelo, abuela, hijo, hija, nieto, nieta, hermano, hermana, suegra, suegro, cuñada, cuñado, nuera y yerno. Un hijo adoptivo, padrastro, madrastra, hijastro, hijastra, hermanastro o hermanastra también están incluidos en esta definición;
- Pagarle a alguien que viva con usted actualmente o haya vivido con usted en los últimos 5 años para que le proporcione cuidado de compañía.

Además, CHOICES no puede pagar a familiares ni a otras personas para proporcionar cuidado que darían sin costo. CHOICES solamente paga el cuidado para satisfacer las necesidades que **no pueden** satisfacer los familiares u otras personas que le ayudan. Los servicios que usted necesita se indican en su plan de apoyo.

Si usted está inscrito en CHOICES y necesita servicios que pueden ser dirigidos por el consumidor, su Coordinador del Cuidado de la Salud hablará con usted sobre los Servicios Dirigidos por el Consumidor. Si usted quiere participar en los Servicios Dirigidos por el Consumidor, su Coordinador del Cuidado de la Salud colaborará con usted para decidir qué servicios dirigirá y comenzar el proceso para inscribirle en los Servicios Dirigidos por el Consumidor. Hasta que se establezcan los Servicios Dirigidos por el Consumidor, usted recibirá los servicios que se indican en su plan de apoyo de parte de un proveedor que trabaja con UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), a menos que **usted decida** esperar a que comiencen sus trabajadores dirigidos por el consumidor. Si decide esperar a que comiencen sus trabajadores dirigidos por el consumidor, debe contar con personas de apoyo que le proporcionen el cuidado que usted necesita.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Usted puede decidir participar en los Servicios Dirigidos por el Consumidor en cualquier momento. Si usted dirige uno o más servicios y decide dejar de participar en los Servicios Dirigidos por el Consumidor, no dejará de recibir apoyos y servicios a largo plazo. Seguirá estando inscrito en CHOICES. En cambio, recibirá los servicios que necesita de un proveedor que trabaja con UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).

H. Servicios de transporte

Si no tiene forma de llegar a sus visitas de cuidado de la salud, es posible que pueda obtener transporte de TennCare.

Puede recibir ayuda con el transporte:

- **Solo** para recibir servicios cubiertos por TennCare, y
- **Solo** si no tiene otro medio de transporte.

Puede ir acompañado a su cita si:

- Usted es menor de 21 años o
- Tiene una discapacidad o necesita ayuda para recibir el servicio (como alguien que le abra las puertas, empuje su silla de ruedas, le ayude a leer o a tomar decisiones).

Trate de llamar **al menos 72 horas antes** de su cita de cuidado de la salud para asegurarse de que pueda obtener transporte. Si usted cambia el horario de su cita de cuidado de la salud o si la cancela, también debe cambiar o cancelar su viaje.

El transporte de rutina no se debe usar en emergencias.

Para programar un viaje, llame al **1-866-405-0238**.

Si necesita transporte para su cita o si tiene preguntas sobre la posibilidad de que alguien le acompañe, llámenos al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

I. Servicios cubiertos en una emergencia médica, cuando son requeridos de urgencia o durante una catástrofe

I1. Cuidado en una emergencia médica

Una emergencia médica es una enfermedad con síntomas como dolor grave o una lesión grave. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, usted o cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:

- un riesgo grave para su salud o la de su feto; **o**
- un daño grave en las funciones corporales; **o**
- una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; **o**
- En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- No hay suficiente tiempo para trasladarle de forma segura a otro hospital antes del parto.
- Un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto.

Si tiene una emergencia médica:

- **Reciba ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o use la sala de emergencias o el hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. **No** necesita la aprobación ni una referencia de su proveedor de cuidado primario. No es necesario usar un proveedor de la red. Usted puede recibir cuidado médico de emergencia siempre que lo necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, o en todo el mundo, de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada.
- **En cuanto sea posible, avise a nuestro plan de su emergencia.** Realizamos un seguimiento de su cuidado de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para avisarnos que recibió cuidado de emergencia, por lo general, en un plazo no mayor de 48 horas. Sin embargo, no tendrá que pagar servicios para emergencias si se demora en avisarnos. Llámenos al número gratuito **1-800-690-1606**, TTY **711**. Disponible de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Si necesita una ambulancia para ir a la sala de emergencias, nuestro plan la cubre. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia. Si desea más información, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Los proveedores que le prestan el cuidado de emergencia deciden en qué momento su caso se ha estabilizado y ha pasado la emergencia médica. Seguirán tratándole y se comunicarán con nosotros para hacer planes si usted necesita cuidado médico de seguimiento para mejorar.

Nuestro plan cubre su cuidado médico de seguimiento. Si usted recibe cuidado de emergencia de proveedores fuera de la red, trataremos de que proveedores de la red se encarguen de su cuidado lo antes posible.

Cuidado de emergencia recibido cuando no era una emergencia

En ocasiones, puede resultar difícil saber si se trata de una emergencia médica o de salud del comportamiento. Podría suceder que usted vaya para recibir cuidado de emergencia y que el médico diga que en realidad no era una emergencia. Siempre y cuando sea razonable pensar que su salud estaba en grave peligro, cubrimos su cuidado.

Una vez que el médico dice que no era una emergencia, cubrimos su cuidado adicional solamente si:

- Usted usa un proveedor de la red o
- El cuidado adicional que recibe se considera “cuidado requerido de urgencia” y usted sigue las reglas para recibirlo. Consulte la próxima sección.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

12. Cuidado requerido de urgencia

Cuidado requerido de urgencia es el cuidado que usted recibe para una situación que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Por ejemplo, usted podría tener una intensificación de un problema existente o una enfermedad o lesión imprevista.

Cuidado requerido de urgencia dentro del área de servicio de nuestro plan

En la mayoría de los casos, cubrimos el cuidado requerido de urgencia solamente si:

- Usted recibe este cuidado de un proveedor de la red **y**
- Sigue las reglas descritas en este capítulo.

Si no es posible o razonable visitar a un proveedor de la red, por cuestiones de tiempo, lugar o circunstancias, cubrimos el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias**, que contiene una lista de los Centros de Cuidado de Urgencia de la red, o llame a Servicio al Cliente al **1-800-690-1606**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre, para obtener más información. **Cuidado requerido de urgencia fuera del área de servicio de nuestro plan.**

Cuando se encuentre fuera del área de servicio de nuestro plan, quizás no pueda recibir cuidado de un proveedor de la red. En ese caso, nuestro plan cubre el cuidado requerido de urgencia que usted reciba de cualquier proveedor.

Muestre la tarjeta de su plan cuando reciba el cuidado requerido de urgencia. Pídale al proveedor que nos envíe la factura. Si el proveedor se niega a hacerlo, pregúntele si enviará la factura a su domicilio. O si usted tiene que pagar el cuidado, obtenga un recibo.

Cuando llegue a su domicilio, llámenos y díganos que usted tuvo que pagar el cuidado de su salud o que tiene una factura por ese servicio. Colaboraremos con usted y con el proveedor para presentar un reclamo por su cuidado.

Nuestro plan cubre servicios para emergencias y cuidado requerido de urgencia fuera de los Estados Unidos, en todo el mundo, en las siguientes circunstancias, servicios para emergencias, incluso el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

I3. Cómo recibir cuidado durante una catástrofe

Si el gobernador de su estado, la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de catástrofe o de emergencia en su área geográfica, usted sigue teniendo derecho a recibir cuidado de nuestro plan.

Para obtener información sobre cómo recibir el cuidado que necesite durante una catástrofe declarada, visite nuestro sitio web: **uhc.com/disaster-relief-info**.

Durante una catástrofe declarada, si no puede usar un proveedor de la red, puede recibir cuidado de proveedores fuera de la red sin costo para usted. Si no puede usar una farmacia de la red durante una catástrofe declarada, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

J. Qué puede hacer si le facturan directamente servicios que nuestro plan cubre

Si un proveedor le envía una factura en lugar de enviarla a nuestro plan, usted debe pedirnos que la paguemos.

No debe pagar la factura. Si lo hace, no podemos hacerle un reembolso.

Si usted pagó sus servicios cubiertos o si recibió una factura por servicios médicos cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura** para saber qué puede hacer.

J1. Qué puede hacer si nuestro plan no cubre servicios

Usted no tendrá que pagar los servicios que estén cubiertos por TennCare. Si decide pagar de su bolsillo un servicio cubierto, NO recibirá un reembolso. Nuestro plan cubre todos los servicios:

- que se determine que son médicamente necesarios, **y**
- que se encuentren en la Tabla de Beneficios de nuestro plan (consulte el Capítulo 4 de su Evidencia de Cobertura), **y**
- que usted reciba mientras siga las reglas del plan.

Si usted recibe servicios que no cubre nuestro plan, **usted paga de su bolsillo el costo total**.

Si desea saber si pagamos algún servicio o cuidado médico, tiene derecho a preguntarnos. También tiene derecho a pedirlo por escrito. Si le informamos que no pagaremos sus servicios, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica qué puede hacer si desea que cubramos un artículo o servicio médico. También le explica cómo apelar nuestra decisión de cobertura. Llame a Servicio al Cliente si desea más información sobre sus derechos de apelación.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Pagamos algunos servicios hasta un cierto límite. Si usted se excede del límite, paga el costo total para recibir más servicios de ese tipo. Consulte el **Capítulo 4** para conocer los límites de beneficios específicos. Llame a Servicio al Cliente para saber cuáles son los límites de beneficios y cuánto ha usado de sus beneficios.

K. Cobertura de servicios para el cuidado de la salud en un estudio de investigación clínica

K1. Definición de un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado ensayo clínico) es una manera en que los médicos prueban nuevos tipos de cuidado de la salud o de medicamentos. Un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare suele pedir voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueban un estudio en el que usted desea participar y expresa su interés, una persona que trabaja en el estudio se comunica con usted. Esa persona le proporciona información sobre el estudio y determina si usted califica para participar. Usted puede participar en el estudio siempre y cuando cumpla las condiciones necesarias. Debe comprender y aceptar lo que debe hacer en el estudio.

Durante su participación en el estudio, puede seguir inscrito en nuestro plan. De esa manera, nuestro plan sigue cubriéndole los servicios y el cuidado que no estén relacionados con el estudio.

Si usted desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no tiene que avisarnos ni obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de cuidado primario. No es necesario que los proveedores que le proporcionan cuidado como parte del estudio sean proveedores de la red. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar los beneficios. Estos incluyen ciertos beneficios especificados conforme a las determinaciones nacionales de cobertura que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations-coverage with evidence development, NCD-CED) y los estudios de exención de dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE), y pueden estar sujetos a una decisión de cobertura y a otras reglas del plan.

Le recomendamos que nos avise antes de participar en un estudio de investigación clínica.

Si planea participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los miembros por Medicare Original, les recomendamos a usted o a su coordinador del cuidado de la salud que se comuniquen con Servicio al Cliente para avisarnos que participará en un ensayo clínico.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

K2. Pago de servicios cuando participa en un estudio de investigación clínica

Si se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica que Medicare aprueba, usted no paga nada por los servicios cubiertos por el estudio. Medicare paga los servicios cubiertos por el estudio, así como los costos de rutina relacionados con su cuidado. Una vez que se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para la mayoría de los artículos y servicios que recibe como parte del estudio. Esto incluye:

- habitación y comida durante una estadía en el hospital por la que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio
- una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio de investigación
- el tratamiento de cualquier efecto secundario y complicación del nuevo cuidado

Si usted se ofrece como voluntario de un estudio de investigación clínica, pagamos todos los costos que Medicare no apruebe, pero que nuestro plan apruebe. Si participa en un estudio que Medicare o nuestro plan **no** aprobaron, usted paga todos los costos por participar en el estudio.

K3. Más información sobre estudios de investigación clínica

Para obtener más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica, puede leer la publicación “Medicare y Pruebas Clínicas” en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-S-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). También puede llamar 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**.

L. Cómo se cubren sus servicios para el cuidado de la salud en una institución religiosa no médica para servicios de salud

A veces, su proveedor no puede proporcionarle el cuidado o el tratamiento que usted necesita debido a motivos religiosos, morales, éticos o de conciencia. Llámenos al **1-800-690-1606**, TTY **711**. Podemos ayudarle a buscar un proveedor que pueda proporcionarle el cuidado o el tratamiento que usted necesita.

L1. Definición de institución religiosa no médica para servicios de salud

Una institución religiosa no médica para servicios de salud es un lugar que proporciona el cuidado que usted normalmente recibiría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir el cuidado en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de sus creencias religiosas, cubrimos el cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Este beneficio es solamente para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A de Medicare (servicios para el cuidado de la salud no médicos).

L2. Cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud

Para recibir cuidado en una institución religiosa no médica para servicios de salud, debe firmar un documento legal que afirme que usted se opone a recibir tratamiento médico “no exceptuado”.

- El tratamiento médico “no exceptuado” es todo cuidado que es **voluntario y no requerido** por ninguna ley federal, estatal ni local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es todo cuidado que **no es voluntario y que se requiere** según la ley federal, estatal o local.
 - Para tener la cobertura de nuestro plan, el cuidado que se recibe en una institución religiosa no médica para servicios de salud debe cumplir las siguientes condiciones:
- El centro que proporciona el cuidado debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan se limita a los aspectos no religiosos del cuidado.
- Si esta institución le presta servicios en un centro:
 - Usted debe tener una enfermedad que le permitiría recibir servicios cubiertos para el cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados o para el cuidado en un centro de enfermería especializada.
 - Debe obtener nuestra aprobación antes de su admisión en el centro; de lo contrario, su estadía **no** tendrá cobertura.

Usted tiene cobertura para un número ilimitado de días en el hospital, siempre y cuando su estadía cumpla las pautas de cobertura de Medicare. Los límites de cobertura se describen en la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4.

M. Equipo médico duradero (DME)

M1. Equipo médico duradero como miembro de nuestro plan

El equipo médico duradero incluye ciertos artículos médicamente necesarios indicados por un proveedor, como sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa (IV), dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Usted siempre es el propietario de ciertos artículos, como las prótesis.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

En esta sección, se explica el equipo médico duradero que usted alquila. Como miembro de nuestro plan, usted no adquirirá la propiedad del equipo médico duradero, sin importar cuánto tiempo lo alquile.

Aunque haya tenido el equipo médico duradero hasta 12 meses consecutivos conforme a Medicare antes de inscribirse en nuestro plan, **no** adquirirá la propiedad del equipo.

M2. Propiedad del equipo médico duradero si usted se cambia a Medicare Original

En el programa Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de equipo médico duradero adquieren su propiedad después de 13 meses. En un plan Medicare Advantage (MA), el plan puede establecer el número de meses que las personas deben alquilar ciertos tipos de equipo médico duradero para adquirir su propiedad.

Nota: Puede encontrar definiciones de Medicare Original y de Planes Medicare Advantage en el **Capítulo 12**. También puede encontrar más información sobre ellos en el manual **Medicare Y Usted 2025**. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov/medicare-and-you) o pedirla por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Usted deberá realizar 13 pagos consecutivos conforme a Medicare Original o el número de pagos consecutivos establecido por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de equipo médico duradero si:

- no adquirió la propiedad del artículo de equipo médico duradero mientras estaba en nuestro plan; **y**
- deja nuestro plan y recibe sus beneficios de Medicare fuera de cualquier plan de salud en el programa Medicare Original o en un plan Medicare Advantage.

Si realizó pagos por el artículo de equipo médico duradero conforme a Medicare Original o un plan Medicare Advantage antes de inscribirse en nuestro plan, **esos pagos de Medicare Original o de Medicare Advantage no se toman en cuenta para alcanzar los pagos que usted debe realizar después de dejar nuestro plan.**

- Usted deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos conforme a Medicare Original o una serie de nuevos pagos consecutivos establecida por el plan Medicare Advantage para adquirir la propiedad del artículo de Equipo Médico Duradero.
- Una vez que regrese a Medicare Original o a un plan Medicare Advantage, esta regla no admite excepciones.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

M3. Beneficios de equipo de oxígeno como miembro de nuestro plan

Si usted califica para el equipo de oxígeno cubierto por Medicare y es miembro de nuestro plan, cubrimos:

- alquiler del equipo de oxígeno
- entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- tubos y accesorios relacionados para la entrega de oxígeno y el contenido de oxígeno
- mantenimiento y reparación del equipo de oxígeno

El equipo de oxígeno se debe devolver cuando deje de ser médicamente necesario para usted o si deja nuestro plan.

M4. Equipo de oxígeno cuando usted se cambia a Medicare Original o a otro plan Medicare Advantage (MA)

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a Medicare Original**, lo alquila a un distribuidor durante 36 meses. Sus pagos mensuales de alquiler cubrirán el equipo de oxígeno y los suministros y servicios indicados anteriormente.

Si el equipo de oxígeno es médicamente necesario **después de alquilarlo durante 36 meses**, su distribuidor debe proporcionar:

- equipo de oxígeno, suministros y servicios por otros 24 meses
- equipo de oxígeno y suministros durante 5 años como máximo si son médicamente necesarios

Si el equipo de oxígeno sigue siendo médicamente necesario **al final del período de 5 años**:

- Su distribuidor ya no tiene que proporcionarlo, y usted puede elegir obtener un equipo de reemplazo de cualquier distribuidor.
- Comienza un nuevo período de 5 años.
- Usted alquila el equipo a un distribuidor durante 36 meses.
- Su distribuidor luego proporciona el equipo de oxígeno, los suministros y los servicios por otros 24 meses.
- Comienza un nuevo ciclo cada 5 años, siempre y cuando el equipo de oxígeno sea médicamente necesario.

Cuando el equipo de oxígeno es médicamente necesario y **usted deja nuestro plan y se cambia a otro plan Medicare Advantage**, el plan cubrirá al menos lo que cubre Medicare Original. Usted puede preguntar a su nuevo plan Medicare Advantage qué equipos de oxígeno y suministros cubre y cuáles serán sus costos.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Capítulo 4

Tabla de Beneficios

Introducción

Este capítulo le explica los servicios que cubre nuestro plan y las restricciones a esos servicios o los límites en estos. También describe los beneficios que no están cubiertos por nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Sus servicios cubiertos	72
B.	Reglas para que los proveedores no le cobren servicios	72
C.	Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	72
D.	La Tabla de Beneficios de nuestro plan.....	74
E.	Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan.....	135
	E1. Cuidados paliativos.....	136
	E2. Salud de la Población	137
	E3. Esterilización.....	138
	E4. Aborto	138
	E5. Histerectomía	138
	E6. Programa Employment and Community First CHOICES	138
F.	Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni TennCare.....	139

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Sus servicios cubiertos

Este capítulo describe los servicios que cubre nuestro plan. También puede saber qué servicios no están cubiertos. En el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**, encontrará información sobre los beneficios de medicamentos.

Dado que usted recibe ayuda de TennCare, no paga nada por sus servicios cubiertos siempre y cuando siga las reglas de nuestro plan. Para obtener información detallada sobre las reglas del plan, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.

Si necesita ayuda para comprender qué servicios están cubiertos, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

B. Reglas para que los proveedores no le cobren servicios

No permitimos que nuestros proveedores le facturen servicios cubiertos dentro de la red. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo. Incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio.

Usted nunca debería recibir una factura de un proveedor por servicios cubiertos. Si esto llegara a ocurrir, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio al Cliente.

C. Información sobre la Tabla de Beneficios de nuestro plan

La Tabla de Beneficios describe los servicios que paga nuestro plan. Indica los servicios cubiertos en orden alfabético y los explica.

Pagamos los servicios que se encuentran en la Tabla de Beneficios cuando se cumplen las siguientes reglas. Usted **no** paga nada por los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando cumpla los requisitos que se describen a continuación.

- Prestamos los servicios cubiertos por Medicare y TennCare según las reglas establecidas por Medicare y TennCare.
- Los servicios (incluido el cuidado médico, los servicios de salud del comportamiento y para el consumo de sustancias, los apoyos y servicios a largo plazo, los suministros, los equipos y los medicamentos) deben ser “médicamente necesarios”. Médicamente necesario describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Para los nuevos miembros, el plan debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan Medicare Advantage puede no requerir preautorización para ningún tratamiento activo, incluso si el tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe cuidado de un proveedor de la red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. En la mayoría de los casos, el cuidado que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierto, a menos que sea cuidado de emergencia o requerido de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una referencia. En el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**, encontrará más información sobre el uso de proveedores dentro y fuera de la red.
- Usted tiene un proveedor de cuidado primario (PCP) o un equipo de cuidado de la salud que proporciona y administra su cuidado.
- Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (prior authorization, PA). En la Tabla de Beneficios, marcamos en cursiva los servicios cubiertos que necesitan una preautorización. Si su plan aprueba una solicitud de preautorización para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en el cuidado según los criterios de cobertura, su historial médico y las recomendaciones del proveedor tratante.

Todos los servicios preventivos son gratuitos. Encontrará esta manzana 🍏 junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios.

Información Importante sobre Beneficios para Miembros con Ciertas Enfermedades Crónicas.


- Si tiene ciertas enfermedades crónicas y cumple ciertos criterios médicos, puede cumplir los requisitos para recibir beneficios adicionales. Para obtener más información, consulte la fila “Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (Special supplemental benefits for the chronically ill [SSBCI])” en la Tabla de Beneficios.
- Comuníquese con nosotros para obtener información adicional.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

D. La Tabla de Beneficios de nuestro plan


Cubrimos algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación. Esto se llama preautorización (PA).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Pagamos una ecografía de detección realizada por única vez para las personas que estén en riesgo. El plan solamente cubre este examen de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una referencia de su médico, asistente médico, enfermera especialista o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por este examen preventivo para los miembros que cumplen los requisitos.</p>


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura</p> <p>Pagamos hasta 12 visitas de acupuntura en 90 días si usted tiene dolor lumbar crónico, definido como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • persistente por 12 semanas o más; • no específico (sin causa sistémica que pueda identificarse, por ejemplo, no está asociado con una enfermedad metastásica, inflamatoria ni infecciosa); • no asociado con una cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Además, pagamos ocho sesiones adicionales de acupuntura para el dolor lumbar crónico si usted presenta mejoría. No puede recibir más de 20 tratamientos de acupuntura para el dolor lumbar crónico cada año.</p> <p>Los tratamientos de acupuntura se deben interrumpir si usted no mejora o si empeora.</p> <p>Requisitos para proveedores:</p> <p>Los médicos (según lo definido en la Sección 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden practicar la acupuntura según los requisitos estatales vigentes.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), las enfermeras especialistas (NP)/los especialistas en enfermería clínica (CNS) (según lo identificado en la Sección 1861[aa] [5] de la Ley) y el personal auxiliar pueden practicar la acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales vigentes y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un máster o un doctorado en acupuntura o en Medicina Oriental de una facultad acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, un territorio o un estado libre asociado (por ejemplo, Puerto Rico) de los Estados Unidos o District of Columbia. • El beneficio no está cubierto cuando lo proporciona únicamente un acupunturista independiente. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>




? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.


Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Acupuntura (continuación)</p> <p>El personal auxiliar que practica la acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica requerido por nuestras normas en las Secciones 410.26 y 410.27 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR).</p>	
<p>Cuidado diurno para adultos (proporcionado por el plan)</p> <p>Reciba hasta 24 horas por cada semana de cuidado diurno para adultos a través de una red de proveedores contratados dentro del área de servicio. Las horas no utilizadas no se transfieren de una semana a la otra.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p> Asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Pagamos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol, incluidas las mujeres embarazadas.</p> <p>Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un proveedor de cuidado primario (PCP) calificado en un centro de cuidado primario.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea en situaciones de emergencia o que no sean de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea (en avión o helicóptero). La ambulancia le llevará al lugar más cercano que pueda atenderle.</p> <p>Su caso debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su salud o su vida.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>




? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.


Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de ambulancia (continuación)</p> <p>Para otros casos (que no sean de emergencia), nosotros debemos aprobar los servicios de ambulancia. En casos que no sean de emergencia, es posible que paguemos una ambulancia. Su caso debe ser de suficiente gravedad como para que otros medios de traslado a un lugar de cuidado de la salud pudieran arriesgar su vida o su salud.</p>	
<p>Examen médico de rutina anual</p> <p>Incluye un examen médico completo y la evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye análisis de laboratorio, pruebas de radiodiagnóstico ni pruebas de diagnóstico no radiológicas. No es necesario que las visitas para realizar el Examen Médico de Rutina Anual se programen con 12 meses de diferencia, pero se limitan a una por cada año calendario.</p>	\$0 de copago por un examen médico de rutina cada año.
<p> Visita de bienestar anual</p> <p>Usted puede recibir un examen médico anual. En esta visita, se crea o actualiza un plan de prevención basado en sus factores de riesgo actuales. Pagamos esta visita una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en un plazo de 12 meses después de su visita Bienvenido a Medicare. Sin embargo, después de que usted haya tenido la Parte B durante 12 meses, no es necesario que haya realizado una visita Bienvenido a Medicare para realizar visitas de bienestar anuales.</p>	\$0 No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.
<p>Servicios para casos de crisis de salud del comportamiento (servicios de salud mental y del abuso de alcohol y de drogas) (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre este cuidado.</p>	\$0 de copago
<p>Tratamiento de salud del comportamiento intensivo en la comunidad (cubierto por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre este cuidado.</p>	\$0 de copago

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Pagamos ciertos procedimientos para los miembros que califican (generalmente, aquellos que estén en riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis). Estos procedimientos identifican la masa ósea, detectan la pérdida ósea o revelan la calidad ósea.</p> <p>Pagamos los servicios una vez cada 24 meses o con más frecuencia si son médicamente necesarios. También pagamos la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> Examen de detección de cáncer de seno (mamografías)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía basal entre los 35 y 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años • Exámenes clínicos de seno una vez cada 24 meses 	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca (del corazón)</p> <p>Pagamos los servicios de rehabilitación cardíaca, como el ejercicio, la educación y el asesoramiento. Los miembros deben cumplir ciertas condiciones y tener la indicación de un médico.</p> <p>También cubrimos programas para la rehabilitación cardíaca intensiva, que son más intensos que los programas para la rehabilitación cardíaca.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca)</p> <p>Pagamos una visita al año o más si son médicamente necesarias con su proveedor de cuidado primario (PCP) para ayudarlo a reducir su riesgo de enfermedad cardíaca. Durante la visita, su médico puede:</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.</p>


 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedad cardiovascular (cardíaca) (terapia para enfermedad cardíaca) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizar el uso de aspirina, • controlarle la presión arterial, o • darle consejos para asegurarse de que usted se alimente bien. 	
<p> Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares (cardíacas)</p> <p>Pagamos análisis de sangre para detectar enfermedades cardiovasculares una vez cada cinco años (60 meses). Estos análisis de sangre también detectan defectos debido a factores de alto riesgo de enfermedad cardíaca.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares que están cubiertos una vez cada cinco años.</p>
<p> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • para todas las mujeres: pruebas de Papanicolau y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses • para las mujeres que están en alto riesgo de cáncer del cuello uterino o de la vagina: una prueba de Papanicolau cada 12 meses • para las mujeres que han tenido un resultado anormal de una prueba de Papanicolau en los últimos tres años y están en edad fértil: una prueba de Papanicolau cada 12 meses 	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la prueba de Papanicolau y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustes de la columna vertebral para corregir desviaciones <p>Cualquier servicio distinto a la manipulación manual para el tratamiento de una subluxación está excluido de la cobertura de Medicare:</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios quiroprácticos (cubiertos por Medicare) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia de mantenimiento. El tratamiento quiropráctico se considera terapia de mantenimiento cuando ya no se prevé que el cuidado continuo ofrezca mejoras clínicas y el tratamiento deja de ser correctivo y sirve solamente de apoyo. • Cargos adicionales cuando su quiropráctico usa un dispositivo manual para agregar presión controlada durante el tratamiento. • Radiografías, terapia de masaje y acupuntura (a menos que la acupuntura sea para el tratamiento del dolor lumbar crónico). 	
<p>Servicios quiroprácticos (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre si usted es menor de 21 años y no tiene cobertura de Medicare. Medicare le cubre si usted es mayor de 21 años.</p>	\$0 de copago
<p>Servicios Quiroprácticos de Rutina (cobertura proporcionada por su plan en vez de Medicare o TennCare)</p> <p>Cubrimos 20 visitas de quiropráctica de rutina cada año. Este beneficio es adicional al beneficio indicado anteriormente en la sección Servicios Quiroprácticos Cubiertos por Medicare.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen las visitas de rutina para tratar el dolor neuropático, muscular u óseo, y las náuseas. No se requieren referencias. Este beneficio no cubre el tratamiento de ninguna otra enfermedad que no esté relacionada con el alivio del dolor.</p> <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en MyUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	\$0 de copago



? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficios de CHOICES (cuidado en un centro de enfermería y ciertos servicios a domicilio y en la comunidad [HCBS])</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre este cuidado. Medicare es primario para el cuidado en un Centro de Enfermería Especializada.</p> <p>Para obtener más información sobre CHOICES, consulte la Sección G6 del Capítulo 4.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad, y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no están en alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no están en alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes que están en alto riesgo después de un enema de bario o una colonoscopia de detección previos. • Sigmoidoscopia flexible para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no están en alto riesgo después de haberse realizado una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes que están en alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. • Análisis de detección de sangre oculta en la materia fecal para los pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Análisis multiobjetivo de ADN en heces fecales para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcadores en sangre para los pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por una colonoscopia y un examen de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección pasa a ser una colonoscopia de diagnóstico como paciente ambulatorio.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍌 Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enema de bario como alternativa a una colonoscopia para los pacientes que están en alto riesgo y 24 meses después del último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para los pacientes que no están en alto riesgo y que son mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Los exámenes de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de que un examen de detección de cáncer colorrectal en heces fecales no invasivo cubierto por Medicare arroje un resultado positivo.</p> <p>Colonoscopia de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por cada colonoscopia de diagnóstico cubierta por Medicare.</p>
<p>Servicios de clínicas de salud comunitarias (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios dentales</p> <p>Ciertos servicios dentales, incluidas las limpiezas, los empastes dentales y las dentaduras postizas, están disponibles a través del Programa Dental de TennCare.</p> <p>Pagamos algunos servicios dentales cuando el servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes bucales que preceden a un trasplante de riñón.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>



? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.


Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Beneficios dentales de rutina</p> <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en MyUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>Usted tiene cobertura para beneficios dentales de rutina. Para obtener información detallada, consulte la descripción de los beneficios dentales de rutina al final de esta tabla.*</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Servicios dentales (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre si usted es menor de 21 años y no tiene cobertura de Medicare. Medicare le cubre si usted es mayor de 21 años.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Evaluación de depresión</p> <p>Pagamos una evaluación de depresión por año. La evaluación se debe realizar en un centro de cuidado primario que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita para una evaluación de depresión anual.</p>
<p> Pruebas de detección de la diabetes</p> <p>Pagamos estas pruebas de detección (que incluyen pruebas de glucosa en ayunas) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presión arterial alta (hipertensión) • historial de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia) • obesidad • historial de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre <p>Es posible que las pruebas estén cubiertas en algunos otros casos, por ejemplo, si usted tiene sobrepeso e historial familiar de diabetes.</p> <p>Usted puede calificar para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de la diabetes más reciente.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.</p>

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p> <p>Pagamos los siguientes servicios para todas las personas que tienen diabetes (usen o no insulina):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para medir la glucosa en la sangre (glucemia): medidores continuos de glucosa, medidores de glucosa en la sangre, tiras para medir la glucosa en la sangre, lanceteros y lancetas, y soluciones de control de la glucosa para comprobar la precisión de los glucómetros y las tiras para medir la glucosa. <p>UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) cubre los medidores de glucosa en la sangre y las tiras para medir la glucosa que se especifican en esta lista. Generalmente no cubriremos marcas alternativas, a menos que su médico u otro proveedor nos diga que el uso de una marca alternativa es médicamente necesario en su situación específica. Si usted es nuevo en UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) y está usando una marca de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa que no aparece en nuestra lista, puede comunicarse con nosotros en los primeros 90 días a partir de su inscripción en el plan para solicitar un suministro temporal de la marca alternativa mientras consulta a su médico u otro proveedor. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir si alguna de las marcas preferidas es médicamente apropiada para usted. Si usted o su médico creen que es médicamente necesario que usted siga usando una marca alternativa, puede solicitar una excepción de cobertura para que UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) mantenga la cobertura de un producto no preferido hasta el final del año de beneficios. Si no se aprueba la excepción de cobertura, los productos no preferidos no estarán cubiertos después de los 90 días iniciales del año de beneficios.</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada suministro para el control de la diabetes cubierto por Medicare.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Los medidores de glucosa cubiertos incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas.</p> <p>\$0 de copago por cada Medidor Continuo de Glucosa y sus suministros cubiertos por Medicare según las pautas de Medicare. No hay limitaciones de marcas para los Medidores Continuos de Glucosa.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes (continuación)</p> <p>Si usted (o su proveedor) no está de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, usted o su proveedor pueden presentar una apelación. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre la marca o el producto apropiado para su enfermedad. (Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el Capítulo 9, Qué puede hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas].)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para las personas con diabetes que tienen enfermedad grave de pie diabético, pagamos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> - Un par de zapatos terapéuticos hechos a medida (incluye las plantillas), así como el ajuste y dos pares adicionales de plantillas por cada año calendario,  - Un par de zapatos profundos, incluido el ajuste, y tres pares de plantillas por cada año (sin incluir las plantillas extraíbles estándar que vienen con los zapatos) • En algunos casos, pagamos la capacitación para ayudarlo a manejar la diabetes. Para saber más, comuníquese con Servicio al Cliente. 	<p>\$0 de copago por cada par de zapatos terapéuticos cubiertos por Medicare.</p>

 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</p> <p>En el Capítulo 12 de su Evidencia de Cobertura, puede encontrar una definición de “Equipo médico duradero (DME)”.</p> <p>Cubrimos los siguientes artículos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sillas de ruedas • Muletas • Sistemas de colchones motorizados • Suministros para la diabetes • Camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio • Bombas de infusión intravenosa (IV) y portasueros • Dispositivos para la generación del habla • Equipo de oxígeno y suministros • Nebulizadores • Andadores • Bastón de cuatro patas o mango curvo estándar, y suministros de repuesto • Tracción cervical (sobre la puerta) • Estimulador óseo • Equipo para el cuidado de diálisis <p>Es posible que haya otros artículos cubiertos.</p> <p>Pagamos todos los equipos médicos duraderos médicamente necesarios que suelen pagar Medicare y TennCare. Si nuestro distribuidor en su área no ofrece una marca o un fabricante en particular, usted puede preguntarle si puede realizar un pedido especial para usted.</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Su costo compartido por la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es de \$0 de copago cada vez que obtenga equipos o suministros cubiertos.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p> <p>Si antes de inscribirse en nuestro plan usted pagó 36 meses de alquiler por la cobertura de equipos de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es de \$0 de copago.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Equipo Médico Duradero (DME) (cubierto por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Ambulancia aérea y terrestre (cubierta por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>


? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de emergencia</p> <p>Cuidado de emergencia significa servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias, y • Necesarios para tratar una emergencia médica. <p>Una emergencia médica es una enfermedad con dolor grave o una lesión grave. El caso es tan grave que, si no se recibe atención médica inmediata, cualquier persona con conocimientos promedio de salud y medicina podría esperar que tenga como consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un riesgo grave para su salud o la de su feto; o • Un daño grave en las funciones corporales; o • Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. • En el caso de una mujer embarazada en trabajo de parto activo, cuando: <ul style="list-style-type: none"> – No hay suficiente tiempo para trasladarle de forma segura a otro hospital antes del parto. – Un traslado a otro hospital podría representar una amenaza para su salud o seguridad, o la de su feto. <p>Cobertura mundial para servicios prestados en departamentos de emergencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esto incluye el cuidado de emergencia o el cuidado requerido de urgencia, además del transporte en ambulancia de emergencia desde el sitio de una emergencia hasta el centro de tratamiento médico más cercano. • El transporte de regreso a los Estados Unidos desde otro país no tiene cobertura. • Los tratamientos preprogramados (incluso diálisis para una enfermedad permanente) y los procedimientos electivos no tienen cobertura. • Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura. 	<p>\$0</p> <p>Si usted recibe cuidado de emergencia en un hospital fuera de la red y si, después de la estabilización de su emergencia, necesita cuidado como paciente hospitalizado, debe volver a un hospital de la red para que se siga pagando su cuidado. Puede permanecer en el hospital fuera de la red para recibir su cuidado como paciente hospitalizado solamente si nuestro plan aprueba su estadía.</p> <p>\$0 de copago por cada visita a la sala de emergencias.</p> <p>\$0 de copago por la cobertura mundial para servicios para emergencias recibidos fuera de los Estados Unidos.</p>

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Programa de acondicionamiento físico</p> <p>Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su hogar o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membresía gratuita en un gimnasio • Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios • Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet • Actividades en Internet para el mantenimiento de la memoria 	<p>\$0 de copago</p> <p>Si usted vive a 15 millas o más de un gimnasio o centro de acondicionamiento físico de la red, tiene disponible un kit para hacer ejercicios con entrega a domicilio.</p>
<p>Servicios para la audición</p> <p>Pagamos los exámenes de audición y del equilibrio que le realice su proveedor. Estos exámenes le indicarán si usted necesita tratamiento médico. Están cubiertos como cuidado para pacientes ambulatorios cuando usted los recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Servicios para la audición — examen de audición de rutina</p> <p>Cubrimos 1 examen de audición cada año.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios para la audición — aparatos auditivos:</p> <p>A través de UnitedHealthcare Hearing, usted puede elegir entre una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (OTC) y con receta. Esto incluye los fabricantes de dispositivos de marca, así como Relate®, la marca propia de UnitedHealthcare Hearing que ofrece aparatos auditivos económicos y de alta calidad con una variedad de opciones de tecnología y características útiles.</p> <p>Los aparatos auditivos se pueden ajustar en persona con un proveedor de la red o se le pueden entregar directamente a usted (solo productos selectos)</p> <p>Este beneficio se limita a 2 aparatos auditivos cada año. Hay accesorios, baterías adicionales y servicios opcionales para aparatos auditivos disponibles para comprar, pero no están cubiertos por el plan.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Proveedor: UnitedHealthcare Hearing</p> <p>La asignación para aparatos auditivos es de \$3,200</p> <p>Comuníquese con UnitedHealthcare Hearing para acceder a su beneficio de aparatos auditivos y ponerse en contacto con un proveedor de la red.</p> <p>Usted debe obtener una preautorización de UnitedHealthcare Hearing. Se pueden aplicar tarifas adicionales por las visitas de seguimiento opcionales.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.myuhc.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la audición — aparatos auditivos: (continuación)</p> <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en MyUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p> <p>La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición.</p>	<p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solo productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos comprados fuera de UnitedHealthcare Hearing no están cubiertos.</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Pagamos una prueba de detección del VIH cada 12 meses para las personas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Piden una prueba de detección del VIH, o • Están en mayor riesgo de infección por el VIH. <p>Para las mujeres que están embarazadas, pagamos hasta tres pruebas de detección del VIH durante el embarazo.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección del VIH preventivas cubiertas por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.</p>
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio</p> <p>Antes de que usted pueda recibir servicios de asistencia médica a domicilio, un médico debe decirnos que usted los necesita, y los debe prestar una agencia de asistencia médica a domicilio. Usted debe estar recluido en su domicilio, lo que significa que representaría un enorme esfuerzo salir de su domicilio.</p> <p>Apoyos para Vivir en la Comunidad (CLS) es un beneficio o servicio cubierto de una agencia de asistencia médica a domicilio.</p> <p>Se trata de una residencia o un departamento compartido donde viven usted y otras 3 personas más como máximo. El nivel de apoyo que se proporciona depende de sus necesidades y puede incluir asistencia práctica, supervisión, transporte y otros apoyos necesarios para permanecer en la comunidad.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios de asistencia médica a domicilio adicionales y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por todas las visitas de asistencia médica a domicilio de una agencia de asistencia médica a domicilio de la red cuando se cumplen los criterios de Medicare.</p> <p>Se pueden aplicar otros copagos o coseguros (consulte la sección Equipo médico duradero y suministros relacionados para ver los copagos o coseguros correspondientes).</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de una agencia de asistencia médica a domicilio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o de manera intermitente (para que estén cubiertos conforme al beneficio de cuidado de asistencia médica a domicilio, sus servicios de enfermería especializada y de un auxiliar de asistencia médica a domicilio combinados deben sumar un total de menos de 8 horas por cada día y de 35 horas por cada semana.) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipo y suministros médicos 	
<p>Terapia de infusión a domicilio</p> <p>Nuestro plan paga la terapia de infusión a domicilio, definida como medicamentos o sustancias biológicas que se administran en una vena o se aplican debajo de la piel, y se le proporcionan en su domicilio. Para realizar la infusión a domicilio, se necesita lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento o la sustancia biológica, como un antiviral o una inmunoglobulina; • Un equipo, como una bomba; y • Suministros, como tubos o un catéter. <p>Nuestro plan cubre los servicios de infusión a domicilio que incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluso servicios de enfermería, prestados según su plan de cuidado; • Capacitación y educación del miembro que no se incluyan ya en el beneficio de equipo médico duradero; • Monitoreo remoto; y • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión a domicilio y medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un distribuidor calificado de terapia de infusión a domicilio. 	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.</p>

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos</p> <p>Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Nuestro plan debe ayudarle a buscar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para tratar los síntomas y el dolor • Relevo del cuidador a corto plazo • Cuidado a domicilio <p>Los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal se facturan a Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulte la Sección F de este capítulo para obtener más información. <p>Por servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuestro plan cubre los servicios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios. <p>Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5 de su Evidencia de Cobertura. <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Cuando se inscribe en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p>Nota: Si usted necesita cuidados que no son paliativos, llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para coordinar los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.</p> <p>Nuestro plan cubre servicios de consultoría sobre cuidados paliativos (por única vez) para miembros que tengan una enfermedad terminal y que no hayan elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	
<p>Cuidados paliativos (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	\$0 de copago
<p> Vacunas</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la pulmonía • Vacunas antigripales, una vez cada estación de la gripe en el otoño e invierno, con vacunas antigripales adicionales si es médicamente necesario • Vacunas contra la hepatitis B si usted está en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas, si usted está en riesgo y dichas vacunas cumplen las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>Pagamos otras vacunas que cumplan las reglas de cobertura de la Parte D de Medicare. Si desea más información, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la pulmonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p> <p>\$0 de copago por todas las demás vacunas cubiertas por Medicare.</p>
<p>Servicios de Apoyo a Domicilio</p> <p>Los miembros con discapacidades u otras enfermedades calificadas podrían cumplir los requisitos para recibir hasta 45 horas de servicios de apoyo a domicilio cada mes. Los asistentes pueden ayudar con la limpieza, el cuidado personal, la supervisión general y mucho más.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Usted debe obtener una preautorización de su plan de salud.</p>

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con la indicación de un médico. El día anterior a ser dado de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros medicamentos necesarios que no se encuentran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o habitación privada si es medicamento necesaria) • Comidas, incluso dietas especiales • Servicios de enfermería regulares • Costos de unidades de cuidados especiales, como las unidades de cuidados intensivos o de cuidado coronario • Medicamentos y principios activos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Aparatos, como sillas de ruedas • Servicios de quirófano y de sala de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias • En algunos casos, los siguientes tipos de trasplante: de córnea, riñón, riñón/páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestino/multivisceral. <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare, por un número ilimitado de días, cada vez que usted es admitido.</p> <p>Usted debe obtener la aprobación de nuestro plan para recibir cuidado como paciente hospitalizado en un hospital fuera de la red después de que su emergencia se estabilice.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Si usted necesita un trasplante, un centro de trasplante aprobado por Medicare revisará su caso y decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si los proveedores de trasplantes locales están dispuestos a aceptar la tarifa de Medicare, usted puede recibir sus servicios para trasplantes localmente o en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad. Si nuestro plan presta servicios para trasplantes en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en nuestra comunidad y usted decide realizarse su trasplante allí, hacemos los arreglos necesarios o pagamos los costos de viaje y alojamiento para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluso su almacenamiento y administración • Servicios de un médico <p>Nota: Para que usted sea un paciente hospitalizado, su proveedor debe realizar una indicación por escrito para admitirle formalmente como paciente hospitalizado del hospital. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de que sea un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada "Medicare y sus Beneficios de Hospital" debajo de "¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital?". Esta publicación está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/publications/11408-S-Medicare-Your-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	<p>\$0</p>


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Pagamos los servicios para el cuidado de la salud mental que requieran una estadía en el hospital.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para el cuidado de la salud mental que requieren una estadía en el hospital. Hay un límite de por vida de 190 días para los servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental prestados en una unidad de psiquiatría de un hospital general. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias 	<p>\$0 de copago hasta 90 días por cada período de beneficios.</p> <p>Los períodos de beneficios hospitalarios de Medicare se usan para determinar el número total de días cubiertos para el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados. (La definición de períodos de beneficios se encuentra en el capítulo titulado Definiciones de palabras importantes.) Sin embargo, el costo compartido descrito anteriormente se aplica cada vez que usted es admitido en el hospital, incluso si se le admite varias veces en un período de beneficios.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>



? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios y suministros para tratar la enfermedad renal</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudarlo a tomar buenas decisiones sobre su cuidado. Usted debe tener enfermedad renal crónica en etapa IV, y su médico debe referirle. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial • Capacitación en autodiálisis, incluida la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo en el domicilio, por ejemplo, visitas necesarias de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua. <p>Su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare paga algunos medicamentos para diálisis. Para obtener información, consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” en esta tabla.</p>	\$0
<p>Servicios de laboratorio y radiografías (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	\$0 de copago

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón</p> <p>Nuestro plan paga un examen de detección de cáncer de pulmón cada 12 meses si usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene entre 50 y 77 años, y • Realiza una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida con su médico u otro proveedor calificado, y • Fumó al menos 1 paquete de cigarrillos al día durante 20 años y no tiene signos ni síntomas de cáncer de pulmón, o fuma actualmente o ha dejado de hacerlo en los últimos 15 años <p>Después del primer examen de detección, nuestro plan paga otro cada año con una indicación por escrito de su médico u otro proveedor calificado.</p>	<p>\$0</p>
<p>Beneficio de Comidas</p> <p>Este beneficio se puede usar inmediatamente después de una estadía en un centro de enfermería especializada (SNF) o en el hospital como paciente hospitalizado si así lo recomienda un proveedor.</p> <p>Pautas del beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reciba hasta 28 comidas entregadas a su domicilio durante 14 días como máximo • La primera entrega de comida puede llevar hasta 72 horas después de haber realizado el pedido 	<p>\$0 de copago</p> <p>Se requiere una preautorización.</p> <p>El programa de entrega de comida a domicilio está disponible en todo el país a través de Mom's Meals.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Terapia de nutrición clínica</p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal sin diálisis. También es para después de un trasplante de riñón cuando lo indica su médico.</p> <p>Pagamos tres horas de servicios de asesoramiento en persona durante el primer año que usted recibe servicios de terapia de nutrición clínica conforme a Medicare. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p> <p>Después de eso, pagamos dos horas de servicios de asesoramiento en persona por año. Si su enfermedad, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la indicación de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar la indicación cada año si usted necesita continuar con el tratamiento en el siguiente año calendario. Podemos aprobar servicios adicionales si son médicamente necesarios.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los servicios de terapia de nutrición clínica cubiertos por Medicare para los miembros que cumplen los requisitos.</p>
<p>Suministros médicos (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Nuestro plan paga los servicios del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare. Este programa está diseñado para ayudarle a aumentar sus hábitos saludables. Proporciona capacitación práctica en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio dietario a largo plazo, y • Mayor actividad física, y • Estrategias para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. 	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio del Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare. Nuestro plan paga los siguientes medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, en general, usted no se autoadministra, sino que se los inyectan o administran mediante infusión mientras recibe servicios médicos, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria • Insulina administrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria) • Otros medicamentos que usted se administra a través de equipo médico duradero (como los nebulizadores) que nuestro plan autorizó • El medicamento contra la enfermedad de Alzheimer, Leqembi (lecanemab genérico), que se administra por vía intravenosa (IV) • Factores de coagulación que se inyecta usted mismo si tiene hemofilia • Medicamentos inmunodepresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó su trasplante de órganos. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunodepresores. La Parte D de Medicare cubre medicamentos inmunodepresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos para la osteoporosis que se inyectan. Pagamos estos medicamentos si usted está recluida en el domicilio, tiene una fractura que un médico certifica que tuvo relación con la osteoporosis después de la menopausia y usted no puede autoinyectarse el medicamento <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada medicamento cubierto por la Parte B Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada medicamento para quimioterapia cubierto por Medicare y la administración de dicho medicamento.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios/medicamentos.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que se toman por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un promedicamento (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se convierte en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales contra el cáncer, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que se usan como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o en un plazo no mayor de 48 horas después de la quimioterapia o se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas • Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal de la Parte B lo cubre • Medicamentos calcimiméticos conforme al sistema de pago para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal, incluido el medicamento intravenoso Parsabiv y el medicamento oral Sensipar • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina (cuando es médicamente necesario) y los anestésicos tópicos <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si usted tiene Enfermedad Renal en Etapa Terminal o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit® Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa®, Mircera® o Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el domicilio de enfermedades por inmunodeficiencia primaria • nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda) <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a nuestra Parte B de Medicare y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.</p> <p>El Capítulo 5 de su Evidencia de Cobertura explica nuestro beneficio de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios y las reglas que usted debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos.</p> <p>El Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura explica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.</p>	
<p>Transporte que no es de emergencia (NEMT) y ayuda para programarlo</p> <p>Los servicios de transporte están disponibles para todos los miembros de TennCare que no tengan acceso a transporte y necesiten ayuda para trasladarse desde y hacia un servicio cubierto médicamente necesario.</p>	\$0

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería</p> <p>Un centro de enfermería (NF) es un lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en un hospital. Los beneficios de CHOICES (cuidado en un Centro de Enfermería y ciertos Servicios a Domicilio y en la Comunidad [HCBS]) están incluidos en estos servicios. Los servicios que pagamos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada (o habitación privada si es médicamente necesaria) • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • terapia respiratoria • medicamentos que se le administren como parte de su plan de cuidado. (Esto incluye las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre.) • sangre, incluso su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporcionan los centros de enfermería • análisis de laboratorio que generalmente se realizan en los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que generalmente se realizan en los centros de enfermería • uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • servicios de un médico/profesional • equipo médico duradero • servicios dentales, incluidas las dentaduras postizas • beneficios de servicios para la vista • exámenes de audición <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que un miembro tenga una responsabilidad de paciente según sus ingresos.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • cuidado quiropráctico • servicios de podiatría <p>Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería). • un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital. 	
<p> Evaluación diagnóstica de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, pagamos asesoramiento para ayudarle a bajar de peso. Debe recibir el asesoramiento en un centro de cuidado primario. De esa manera, se lo puede manejar junto con su plan de prevención completo. Hable con su proveedor de cuidado primario para saber más.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la evaluación preventiva y la terapia de la obesidad.</p>
<p>Terapia ocupacional</p> <p>Evaluaciones y recomendaciones en el domicilio por parte de un Terapeuta Ocupacional con Licencia en relación con el uso de la tecnología para restaurar, mejorar o estabilizar las funciones deterioradas.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos (OTP)</p> <p>Nuestro plan paga los siguientes servicios para tratar el trastorno por consumo de opiáceos (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y, si corresponde, el manejo y la administración de dichos medicamentos • Asesoramiento relacionado con los trastornos por consumo de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas para detectar drogas o sustancias químicas en el cuerpo (pruebas toxicológicas) • Suministro y administración de los medicamentos para el tratamiento asistido con medicamentos (MAT) (si corresponde) 	<p>\$0 de copago por servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Trasplantes de órganos y tejidos y servicios de donación de órganos</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y otros medicamentos necesarios que no se encuentran aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • radiografías • radioterapia (con radioisótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico • suministros quirúrgicos, como vendajes • férulas, yesos y otros dispositivos usados para fracturas y luxaciones • análisis de laboratorio • sangre, incluso su almacenamiento y administración • otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada servicio cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicio de radiografía estándar. • servicio de radioterapia. • suministro médico. • servicios de laboratorio. • servicios relacionados con la sangre. • servicios de diagnóstico no radiológicos. Los ejemplos incluyen, entre otros: electrocardiogramas (EKG), pruebas de la función

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>respiratoria, estudios del sueño realizados en el domicilio o en el laboratorio, y pruebas de esfuerzo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica). <p>Los servicios de radiodiagnóstico requieren equipo más especializado que el equipo para radiografías estándar y deben ser prestados por personal certificado o especialmente capacitado. Los ejemplos incluyen, entre otros: tomografías especializadas, tomografías computarizadas (CT), tomografías computarizadas por emisión monofotónica (SPECT), tomografías por emisión de positrones (PET), imágenes por resonancia magnética (MRI), angiografías por resonancia magnética (MRA), estudios nucleares, ecografías, mamografías de diagnóstico y procedimientos de radiología intervencionista (mielografías, cistografías, angiogramas y estudios con disolución de bario).</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios (continuación)</p>	<p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.</p> <p>\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico o examen vascular.</p> <p>\$0 de copago por los servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías, cubiertos por Medicare que sean prestados en el consultorio de un médico o en un centro autónomo (como un centro de radiología o una clínica médica).</p>
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios prestados para determinar si usted necesita ser admitido como paciente hospitalizado o si puede ser dado de alta.</p> <p>Para que estén cubiertos, los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación solo están cubiertos cuando se prestan bajo la indicación de un médico u otra persona autorizada por la ley de concesión de licencias del estado y los estatutos del personal hospitalario para admitir pacientes en el hospital o indicar pruebas para pacientes ambulatorios.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya realizado una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una publicación de Medicare llamada “Medicare y sus Beneficios de Hospital” debajo de “¿Es usted un paciente interno o ambulatorio del hospital?”. Esta publicación está disponible en Internet en medicare.gov/publications/11408-S-Medicare-Your-Hospital-Benefits.pdf o usted puede pedirla por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios <ul style="list-style-type: none"> – Los servicios de observación ayudan a su médico a saber si usted necesita ser admitido en el hospital como “paciente hospitalizado”. – A veces, usted puede pasar la noche en el hospital y aun así ser un “paciente ambulatorio”. – Puede obtener más información sobre el hecho de ser un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio en esta hoja informativa: medicare.gov/sites/default/files/2024-03/11435-S%20Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • Análisis de laboratorio y de diagnóstico facturados por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido el cuidado en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, sin dicho programa, se necesitaría tratamiento como paciente hospitalizado <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita al consultorio cubierta por Medicare con un Proveedor de Cuidado Primario.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita al consultorio cubierta por Medicare con un especialista.</p> <p>Consulte la sección Cuidado de Emergencia</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Consulte la sección Cuidado de la Salud Mental para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</p> <p>Consulte la sección Pruebas de Diagnóstico y Servicios y Suministros Terapéuticos para Pacientes Ambulatorios</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Servicios y exámenes preventivos indicados en la Tabla de Beneficios • Algunos medicamentos que usted no se puede administrar solo 	<p>Consulte la sección Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Consulte los servicios de un proveedor de cuidado primario, los servicios de un especialista o los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (según se describe en la sección “Servicios de un Médico/Profesional, Incluidas las Visitas al Consultorio Médico” o “Cirugía para Pacientes Ambulatorios y Otros Servicios Médicos Prestados en Centros Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios y Centros de Cirugía Ambulatoria” en esta tabla de beneficios) según el lugar en que recibió los servicios de infusión o de administración de medicamentos.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.</p>
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos los servicios de salud mental prestados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un psiquiatra o un médico con licencia del estado • un psicólogo clínico • un trabajador social clínico • un especialista en enfermería clínica • un asesor profesional con licencia (LPC) • un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) • una enfermera especialista (NP) • un asistente médico • cualquier otro profesional de cuidado de la salud mental calificado por Medicare según lo permitan las leyes estatales vigentes <p>Los servicios de salud del comportamiento para pacientes ambulatorios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • todos los servicios de laboratorio en un centro profesional, para pacientes hospitalizados o para pacientes ambulatorios • servicios profesionales no categorizados (como evaluación y manejo, exámenes de salud y visitas a especialistas) • servicios de salud mental y para trastornos por consumo de sustancias • servicios para casos de crisis • radiología para pacientes ambulatorios • servicios profesionales para pacientes ambulatorios • terapia • evaluaciones y exámenes • tratamiento por consumo de sustancias • administración de medicamentos • asesoramiento/intervención • desintoxicación <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada uno. Sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • rehabilitación • otros servicios de evaluación y administración (E&M) • otro tratamiento de la salud del comportamiento 	
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Usted puede recibir servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios en los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, los consultorios de terapeutas independientes, los centros para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (CORF) y otros centros.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Servicios de tratamiento para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • asesoramiento y evaluación para reducir el consumo indebido de alcohol • tratamiento del abuso de drogas • terapia individual o de grupo a cargo de un profesional clínico calificado • desintoxicación de casos subagudos en un programa residencial para adicciones • servicios para la adicción al alcohol o a las drogas en un centro de tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios • tratamiento con naltrexona (Vivitrol) de liberación prolongada 	<p>\$0 de copago por cada sesión de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por cada sesión de terapia de grupo cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios</p> <p>Pagamos servicios y cirugías para pacientes ambulatorios en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Nota: Si va a realizarse una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar a su proveedor si usted será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor realice una indicación por escrito para admitirle como paciente hospitalizado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los costos compartidos por cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted pase la noche en el hospital, es posible que aun así sea considerado un “paciente ambulatorio”. Esto se llama estadía en “Observación para Pacientes Ambulatorios”. Si usted no está seguro de que sea un paciente ambulatorio, debe preguntarle a su médico o al personal del hospital.</p> <p>Si recibe algún servicio o artículo, excepto cirugía, que incluyen, entre otros, pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos, prótesis, ortesis, suministros o medicamentos de la Parte B, podría haber costos compartidos adicionales por esos servicios o artículos. Consulte la sección correspondiente de esta tabla para encontrar el servicio o artículo adicional que recibió, y para ver el costo compartido específico requerido.</p> <p>Consulte “Examen de detección de cáncer colorrectal” anteriormente en esta tabla para obtener información sobre el beneficio de colonoscopia de detección y de diagnóstico.</p>	<p>\$0 de copago por una cirugía, cada día de observación que pase en un hospital para pacientes ambulatorios u otros servicios cubiertos por Medicare, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.</p> <p>Los servicios de cirugía para pacientes ambulatorios que se pueden prestar en un centro de cirugía ambulatoria disponible se deben prestar en un centro de cirugía ambulatoria, a menos que sea médicamente necesario un departamento para pacientes ambulatorios de un hospital.</p> <p>\$0 de copago por cada día de servicios de observación cubiertos por Medicare que se le presten en un hospital para pacientes ambulatorios, lo que incluye, entre otros, los cargos del hospital o los cargos de otro centro, y los cargos del médico o los cargos quirúrgicos.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Crédito para productos de venta sin receta (OTC) Con este beneficio, usted recibirá un crédito que se cargará a su UCard® de UnitedHealthcare cada mes para comprar artículos de venta sin receta cubiertos. Los créditos no utilizados vencen al final de cada mes.</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen productos genéricos y de marca de venta sin receta, como vitaminas, analgésicos, toallitas para el control de la incontinencia urinaria y productos de primeros auxilios. El crédito no se puede usar para comprar tabaco ni alcohol.</p> <p>Dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño Usted también puede usar su crédito para productos de venta sin receta en dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño que tengan cobertura, como alfombras de baño, barras de sujeción y sillas para la ducha.</p> <p>Alimentos saludables — Beneficios complementarios especiales para personas con enfermedades crónicas (SSBCI) Si usted califica, un crédito para alimentos saludables se combinará con su crédito para productos de venta sin receta que vence mensualmente. Sus requisitos de participación para obtener el crédito para alimentos saludables se determina después de que se inscriba en este plan.</p> <p>Para calificar, usted debe tener al menos una de las siguientes enfermedades crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus (diabetes) • Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) • Enfermedades cardiovasculares • Dependencia crónica del alcohol y de otras drogas • Trastornos autoinmunitarios • Cáncer • Demencia <p style="text-align: right;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>El crédito mensual es de \$336</p> <p>Está combinado con la cantidad del crédito para productos de venta sin receta</p> <p>Se encuentran disponibles productos de venta sin receta, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, así como alimentos saludables para quienes califican.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Crédito para productos de venta sin receta (OTC) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad hepática en etapa terminal • Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) • Trastornos hematológicos graves • VIH/SIDA • Trastornos pulmonares crónicos • Enfermedades mentales crónicas y discapacitantes • Trastornos neurológicos • Derrame cerebral • Hipertensión • Hiperlipidemia • Obesidad mórbida • Desnutrición proteico-calórica • Enfermedad renal crónica, moderada (Etapa 3) • Trastornos o lesiones en la médula espinal <p>Los alimentos saludables cubiertos incluyen frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos, agua y mucho más.</p> <p>Puede usar su crédito en miles de tiendas participantes o realizar un pedido por Internet. El envío a domicilio es gratuito y hay un mínimo de \$35 para realizar un pedido.</p> <p>Visite el UCard Hub en MyUHC.com/CommunityPlan para buscar tiendas participantes, consultar su saldo o realizar un pedido por Internet.</p>	

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p>Hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo. Se ofrece como servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Es más intenso que el cuidado que recibe en el consultorio de su médico, su terapeuta, su terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT) o su asesor profesional con licencia. Puede ayudarle a no tener que quedarse en el hospital.</p> <p>El servicio intensivo para pacientes ambulatorios es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se presta como un servicio para pacientes ambulatorios en un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de cuidado de la salud aprobado a nivel federal o una clínica de salud rural que es de mayor intensidad que el cuidado recibido en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar con licencia o asesor profesional con licencia, pero que es de menor intensidad que la hospitalización parcial.</p>	<p>\$0 de copago cada día por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Servicios de farmacia (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado con límites. Medicare es primario.</p> <p>Para obtener información sobre sus beneficios de la Parte D, si los tiene, consulte el Capítulo 5.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de fisioterapia (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Servicios de un médico (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios quirúrgicos o para el cuidado de la salud médicamente necesarios prestados en lugares como: <ul style="list-style-type: none"> • el consultorio de un médico • un centro de cirugía ambulatoria certificado • el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital • consulta, diagnóstico y tratamiento realizados por un especialista • exámenes básicos de audición y del equilibrio realizados por su especialista, si su médico los indica para saber si usted necesita tratamiento <ul style="list-style-type: none"> – Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • Nuestro plan cubre ciertos servicios de telesalud más allá de Medicare Original, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> – Visitas virtuales médicas adicionales – Servicios requeridos de urgencia – Proveedor de cuidado primario – Especialista – Otro profesional de cuidado de la salud que no es médico o una enfermera especialista • Visitas virtuales adicionales para sesiones individuales de terapia de salud mental: <ul style="list-style-type: none"> – Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios – Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un proveedor de cuidado primario (según lo permita Medicare).</p> <p>\$0 de copago por los servicios prestados por un proveedor de cuidado primario o, en determinadas circunstancias, el tratamiento proporcionado por una enfermera especialista, un asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no es médico en el consultorio de un proveedor de cuidado primario (según lo permita Medicare).</p> <p>Su proveedor debe seguir los requisitos de preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puede acceder a sus visitas virtuales de salud mental aunque no haya hecho una visita en persona anteriormente - Las visitas virtuales son visitas médicas o de salud mental que no ocurren en un centro médico, sino que son realizadas por proveedores de visitas virtuales que usan tecnología por Internet junto con transmisión audiovisual en vivo. • Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe usar un proveedor que ofrezca el servicio mediante telesalud. • No todas las enfermedades se pueden tratar a través de visitas virtuales. El médico de visitas virtuales identificará si usted tiene que consultar a un médico en persona para recibir tratamiento. • Los servicios de telesalud no cubiertos por Medicare y prestados por proveedores no indicados anteriormente no están cubiertos. • Algunos servicios de telesalud, que incluyen consultas, diagnóstico y tratamiento de parte de un médico o de un profesional médico para miembros en ciertas áreas rurales o en otros lugares aprobados por Medicare • servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), para los miembros que se realizan diálisis en el domicilio, en un centro de diálisis renal ubicado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el domicilio • servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un derrame cerebral, independientemente del sitio en el que usted se encuentre <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios de telesalud para miembros que tienen un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno concomitante de salud mental, independientemente del sitio en el que se encuentren • servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> – Usted realiza una visita en persona en un plazo no mayor de 6 meses antes de su primera visita de telesalud – Realiza una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud – Se pueden hacer excepciones a lo anterior en determinadas circunstancias • servicios de telesalud para visitas de salud mental prestados por Clínicas de Salud Rurales y Centros de Cuidado de la Salud Aprobados a Nivel Federal • consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o por videochat) de 5 a 10 minutos con su médico si <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la consulta no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y – la consulta no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Evaluación de videos o imágenes que usted envió a su médico, e interpretación y seguimiento del médico en un plazo no mayor de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> – usted no es un paciente nuevo y – la evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios de un médico/proveedor, incluidas las visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> - la evaluación no resulta en una visita al consultorio en un plazo no mayor de 24 horas o en la primera cita disponible • Consultas que su médico tiene con otros médicos por teléfono, por Internet o mediante el sistema de registros electrónicos de salud, si usted no es un paciente nuevo • Obtención de una segunda opinión antes de una cirugía • Cuidado dental que no es de rutina. Los servicios cubiertos se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> - cirugía de la mandíbula o las estructuras relacionadas - reducción de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales - extracción de dientes antes de la radioterapia del cáncer tumoral - servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico 	
<p>Servicios de podiatría</p> <p>Pagamos los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones calcáneos) • cuidado de los pies de rutina para miembros con enfermedades que afectan a las piernas, como la diabetes 	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare en un consultorio o a domicilio. Para obtener información sobre los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios, como cirugía, consulte la sección Cirugía para pacientes ambulatorios y otros servicios médicos prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado de los Pies de Rutina Adicional</p> <p>Tratamiento de los pies que generalmente se considera preventivo, es decir, el corte o la extracción de callos, verrugas, callosidades o uñas.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rutina, hasta 4 visitas cada año.</p>
<p>Servicios de enfermería privada</p> <p>Deben ser indicados por el médico tratante para el tratamiento y los servicios deben ser prestados por una enfermera de práctica con licencia.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p><i>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</i></p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para los hombres mayores de 50 años, pagamos los siguientes servicios una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un tacto rectal • una prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por una prueba anual de Antígeno Prostático Específico.</p>
<p>Prótesis, ortesis y suministros relacionados</p> <p>Las prótesis reemplazan total o parcialmente una parte del cuerpo o su función. Incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prueba, ajuste o capacitación en el uso de prótesis y ortesis • bolsas de colostomía y suministros relacionados con el cuidado de la colostomía • marcapasos • abrazaderas ortopédicas • zapatos protésicos • brazos y piernas artificiales • prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía) <p>Pagamos algunos suministros relacionados con las prótesis y ortesis. También pagamos la reparación o el reemplazo de las prótesis y ortesis.</p> <p>Ofrecemos cierta cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas. Para obtener información detallada, consulte la sección “Cuidado de la vista” más adelante en esta tabla.</p>	<p>\$0 de copago por cada ortesis o prótesis cubierta por Medicare, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos, y los suministros relacionados.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.


Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios en un centro de psiquiatría para pacientes hospitalizados (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	\$0 de copago
<p>Servicios de rehabilitación psiquiátrica (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare no cubre estos servicios.</p>	\$0 de copago
<p>Servicios de tratamiento psiquiátrico residencial (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	\$0 de copago
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Pagamos programas de rehabilitación pulmonar para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre moderada y muy grave. Usted debe tener una indicación para rehabilitación pulmonar del médico o del proveedor que trate la EPOC.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>
<p>Cirugía reconstructiva de seno</p> <p>Cirugía para restaurar un seno a su forma, aspecto y tamaño casi normales después de una mastectomía por cáncer.</p> <p>Esto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cirugía reconstructiva para un seno con cáncer; y • cirugía reconstructiva de un seno sin cáncer para que los senos tengan el mismo tamaño y forma <p>Esta cirugía está cubierta siempre que se realice en los cinco años siguientes a la cirugía reconstructiva del seno enfermo.</p>	\$0 de copago
<p>Diálisis renal (cubierta por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	\$0 de copago


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>🍷 Evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de consumo indebido de alcohol para adultos beneficiarios de Medicare (incluidas las embarazadas) que lo consumen de forma indebida, pero no tienen dependencia del alcohol.</p> <p>Si su evaluación de consumo indebido de alcohol da positivo, usted puede obtener hasta cuatro sesiones de asesoramiento breves en persona por cada año (siempre y cuando pueda mantenerse competente y alerta durante las sesiones) a cargo de un profesional médico o un médico de cuidado primario calificado en un centro de cuidado primario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de evaluación y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol que esté cubierto por Medicare.</p>
<p>🍷 Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Los individuos calificados tienen cobertura para una tomografía computarizada de baja dosis cada 12 meses.</p> <p>Los miembros que cumplen los requisitos son: personas que tienen entre 50 y 77 años que no presentan signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que han fumado tabaco por un mínimo de 20 paquetes-año o fuman actualmente o han dejado de fumar hace menos de 15 años, y que reciben una indicación por escrito para que se les realice una tomografía computarizada de baja dosis durante una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón. La visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas y estar a cargo de un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado.</p> <p>Para exámenes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) después del examen de detección inicial con tomografía computarizada de baja dosis: el miembro debe recibir una</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida, ni por la tomografía computarizada de baja dosis que estén cubiertas por Medicare.</p>

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) (continuación)</p> <p>indicación por escrito para que se le realice un examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis. Dicha indicación puede ser emitida durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional que, sin ser médico, esté calificado. Si un médico (o un profesional que, sin ser médico, esté calificado) elige proporcionar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida relacionada con el examen de detección de cáncer de pulmón para realizar exámenes subsiguientes de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis, la visita debe cumplir los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	
<p>Servicios para tratar enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre la enfermedad renal para enseñar el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando les refiera su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal una vez en la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, según se explica en el Capítulo 3, o cuando el proveedor que le presta este servicio no esté a su disposición o accesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial) <p>Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por beneficios cubiertos por Medicare.</p> <p>Estos servicios estarán cubiertos según se describe en las siguientes secciones:</p> <p>Consulte la sección Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados.</p> <p>Consulte la sección Equipo Médico Duradero y Suministros Relacionados.</p> <p>Consulte la sección Cuidado de una Agencia de Asistencia Médica a Domicilio.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>


 **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para tratar enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en autodiálisis (incluye la capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el domicilio) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si usted es admitido como paciente hospitalizado en un hospital para recibir cuidado especial) • Equipos y suministros para diálisis en el domicilio • Ciertos servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de técnicos en diálisis para verificar su diálisis en el domicilio, ayudar en situaciones de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare.</p>	
<p> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Pagamos las pruebas de detección de clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para mujeres embarazadas y para algunas personas que están en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Un proveedor de cuidado primario debe indicar las pruebas. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También pagamos hasta dos sesiones de asesoramiento conductual de alta intensidad en persona cada año para adultos sexualmente activos en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Cada sesión puede durar entre 20 y 30 minutos. Pagamos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo únicamente si están a cargo de un proveedor de cuidado primario. Las sesiones se deben realizar en un centro de cuidado primario, como un consultorio médico.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento sobre estas cubierto por Medicare.</p>

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Pagamos los siguientes servicios y tal vez otros que no se encuentren aquí:</p> <ul style="list-style-type: none"> • habitación semiprivada o habitación privada si es médicamente necesaria • comidas, incluso dietas especiales • servicios de enfermería • fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • medicamentos que usted obtiene como parte de su plan de cuidado, incluidas las sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre • sangre, incluso su almacenamiento y administración • suministros médicos y quirúrgicos que proporcionan los centros de enfermería • análisis de laboratorio que se realizan en los centros de enfermería • radiografías y otros servicios de radiología que se realizan en los centros de enfermería • aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporcionan los centros de enfermería • servicios de un médico/proveedor <p>Por lo general, usted recibe cuidado en centros de la red. Sin embargo, tal vez pueda recibir cuidado en un centro que no esté dentro de nuestra red. Puede recibir cuidado en los siguientes lugares si aceptan lo que paga nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un centro de enfermería o un centro comunitario de cuidado continuo para jubilados en el que vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando proporcione el cuidado de un centro de enfermería) • un centro de enfermería en el que vive su cónyuge o pareja de unión libre en el momento en que usted deja el hospital 	<p>\$0 de copago cada día por los días 1 a 20 cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por días adicionales cubiertos por Medicare, hasta 100 días.</p> <p>Usted tiene cubierto hasta un máximo de 100 días por cada período de beneficios por los servicios para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, según las pautas de Medicare.</p> <p>Un período de beneficios comienza el primer día en que usted ingresa como paciente hospitalizado en un hospital o en un centro de enfermería especializada cubiertos por Medicare. El período de beneficios termina cuando usted no ha sido un paciente hospitalizado en ningún hospital ni Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si ingresa en un hospital (o en un centro de enfermería especializada) después de que haya terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. El número de períodos de beneficios que usted puede tener es ilimitado.</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Tratamiento del tabaquismo</p> <p>Si usted usa tabaco, no tiene signos ni síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco, y desea o necesita dejarlo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco en un período de 12 meses como un servicio preventivo. Este servicio es gratuito para usted. Cada intento de dejar el tabaco incluye hasta cuatro visitas de asesoramiento en persona. <p>Si usted usa tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que puede verse afectado por el tabaco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pagamos dos intentos de dejar el tabaco con asesoramiento en un período de 12 meses. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona. 	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos de tratamiento del tabaquismo cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios de terapia del habla (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado. Medicare es primario.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Terapia de ejercicios supervisada (SET)</p> <p>Pagamos la terapia de ejercicios supervisada para miembros con arteriopatía periférica (PAD) sintomática</p> <p>Nuestro plan paga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen todos los requisitos de la terapia de ejercicios supervisada • unas 36 sesiones adicionales con el transcurso del tiempo si un proveedor de cuidado de la salud las considera médicamente necesarias <p>El programa de terapia de ejercicios supervisada debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consistir en sesiones de 30 a 60 minutos de un programa de entrenamiento de ejercicios terapéuticos para la arteriopatía periférica en miembros con calambres de piernas debido a la mala circulación sanguínea (claudicación) • ser en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • ser prestado por personal calificado que se asegure de que el beneficio exceda los riesgos y que esté capacitado en terapia de ejercicios para la arteriopatía periférica • realizarse bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o una enfermera especialista/un especialista en enfermería clínica, capacitados en técnicas de soporte vital básico y avanzado 	<p>\$0 de copago</p> <p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización.</p>


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Transporte de Rutina (proporcionado por el plan)</p> <p>Información detallada de este beneficio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 120 viajes en una sola dirección tienen cobertura cada año (limitados únicamente a transporte terrestre). • Los viajes deben ser desde o hacia sitios aprobados por el plan, tales como proveedores de la red, centros médicos, farmacias, servicios dentales de rutina, servicios para la vista, servicios para la audición, cuidado diurno para adultos, gimnasios y servicios quiroprácticos cubiertos por los beneficios de su plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP). Los sitios deben estar en el área de servicio del plan, a una distancia no mayor de 50 millas desde el sitio donde se pasa a buscar a la persona. • Usted es responsable de cualquier costo que se exceda el límite de viajes. • Cada viaje en una sola dirección no debe exceder 50 millas de distancia en automóvil. Un viaje en una sola dirección cuenta como un viaje; un viaje de ida y vuelta cuenta como 2 viajes. • Los servicios de transporte se deben solicitar 72 horas antes de una cita de rutina programada. • Se permite un acompañante por cada viaje (el acompañante debe tener al menos 18 años). • Los viajes son de acera a acera. • Hay camionetas con acceso para sillas de ruedas disponibles, si se solicita. • Los conductores no tienen capacitación médica. En caso de emergencia, llame al 911. El transporte de rutina no se debe usar en emergencias. <p>Este beneficio no cubre el transporte en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camilla <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en MyUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0 de copago</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Cuidado requerido de urgencia</p> <p>El cuidado requerido de urgencia es el cuidado que se proporciona para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una situación que no es de emergencia, pero que requiere cuidado médico inmediato, o • una enfermedad imprevista, o • una lesión, o • un problema que necesita cuidado inmediatamente. <p>Si usted necesita cuidado requerido de urgencia, primero debe intentar recibirlo de un proveedor de la red. Sin embargo, puede usar proveedores fuera de la red cuando no pueda visitar a un proveedor de la red porque, por cuestiones de hora, lugar o circunstancias, no es posible o no es razonable obtener servicios de proveedores de la red (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para un problema imprevisto, pero que no es una emergencia médica).</p> <p>Cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia cuando se necesitan servicios médicos inmediatamente debido a una enfermedad, una lesión o un problema que usted no esperaba ni anticipaba, y usted no puede esperar hasta regresar al área de servicio de nuestro plan para obtener servicios. Los servicios prestados por un dentista no tienen cobertura.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita.</p> <p>\$0 de copago por la cobertura mundial de servicios requeridos de urgencia recibidos fuera de los Estados Unidos. Para obtener información sobre el reembolso de gastos por servicios mundiales, consulte la Sección A del Capítulo 6.</p>
<p> Cuidado de la vista</p> <p>Pagamos servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones en los ojos. Por ejemplo, exámenes anuales de la vista para detectar la retinopatía diabética en personas con diabetes y tratamiento para la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p style="text-align: center;">Este beneficio continúa en la página siguiente</p>	<p>\$0 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por el examen de glaucoma cubierto por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos o de lentes de contacto estándar cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.</p>


? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Cuidado de la vista (continuación)</p> <p>Para las personas que están en alto riesgo de glaucoma, pagamos un examen de glaucoma cada año. Las personas que están en alto riesgo de glaucoma incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • personas con historial familiar de glaucoma • personas con diabetes • afroamericanos mayores de 50 años • hispanos estadounidenses mayores de 65 años <p>Para personas diabéticas, el examen de detección de la retinopatía diabética está cubierto una vez por cada año.</p> <p>Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular (los pares de anteojos o lentes de contacto adicionales no están cubiertos por Medicare). Si le realizan dos operaciones de cataratas por separado, usted no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía. Los anteojos cubiertos después de una cirugía de cataratas incluyen marcos y lentes estándar según lo definido por Medicare; las mejoras no están cubiertas (incluidos, entre otros, los marcos de lujo, los lentes de colores, los lentes progresivos o el revestimiento antirreflectante).</p> <p>Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (incluidas las refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. Consulte la sección Servicios para la vista — cobertura de examen de la vista de rutina a continuación.</p>	<p>Es posible que su proveedor tenga que obtener una preautorización para algunos servicios.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p>Servicios para la vista – examen de la vista de rutina</p> <p>Cubrimos 1 examen de la vista de rutina cada año.</p> <p>La refracción ocular es parte del beneficio del examen de la vista de rutina.</p> <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en MyUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios para la vista - artículos para la vista de rutina</p> <p>1 par de lentes/marcos y lentes de contacto cada año</p> <p>Usted es responsable de toda cantidad que exceda la asignación del plan para artículos para la vista.</p> <p>Para obtener más información, puede consultar la Hoja de Información sobre Proveedores en MyUHC.com/CommunityPlan o llamar a Servicio al Cliente y pedir que le envíen una copia impresa.</p>	<p>\$0 de copago</p> <p>El plan paga hasta \$600 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto.</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de MARCH® Vision Care (solo productos selectos).</p> <p>Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista de proveedores fuera de la red de MARCH® Vision Care.</p>
<p>Servicios para la vista (cubiertos por TennCare)</p> <p>TennCare le cubre este cuidado con límites si usted es mayor de 21 años. Medicare es primario.</p> <p>Para los adultos mayores de 21 años, los servicios para la vista se limitan a la evaluación médica y el manejo de anomalías y trastornos del ojo. El primer par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas está cubierto.</p>	<p>\$0 de copago</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios que paga nuestro plan	Lo que usted debe pagar
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” por única vez. Esta visita incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una revisión de su salud, • educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que usted necesite (incluidos los exámenes de detección y las vacunas), y • referencias para recibir otro cuidado si lo necesita. <p>Nota: Cubrimos la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses que usted tiene la Parte B de Medicare. Cuando haga su cita, informe al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva “Bienvenido a Medicare”.</p>	<p>\$0</p> <p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita preventiva Bienvenido a Medicare.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Beneficios Dentales de Rutina Cubiertos Incluidos con Su Plan:

Máximo Anual: \$5,000

- Como parte de su plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare, usted recibe un beneficio dental de rutina que proporciona cobertura para servicios dentales preventivos y otros servicios necesarios no cubiertos por Medicare, tales como:
 - Exámenes
 - Limpiezas (profilaxis y mantenimiento periodontal)
 - Empastes dentales
 - Radiografías
 - Coronas
 - Puentes
 - Tratamientos de conducto radicular
 - Extracciones
 - Dentaduras postizas parciales
 - Dentaduras postizas completas
- Todos los servicios cubiertos tienen limitaciones de frecuencia correspondientes. Algunos servicios cubiertos pueden tener en cuenta el historial dental y los procedimientos anteriores junto con las limitaciones de frecuencia. Si desea consultar información detallada sobre su plan con su dentista o ver la lista completa de servicios dentales cubiertos con las limitaciones de frecuencia asociadas, puede encontrarla en la guía de referencia rápida de UHC Dental Medicare en uhcmedicare dentalproviderqrg.com.
- El plan no cubre los procedimientos usados por razones exclusivamente estéticas (blanqueo dental, carillas dentales, remodelación gingival, microabrasión del esmalte), la ortodoncia, los mantenedores de espacio, los implantes ni los servicios relacionados con implantes, el impuesto sobre las ventas, los cargos por no asistir a las citas, la administración de casos dentales, los cargos dentales relacionados con los exámenes, las pruebas de detección de la COVID-19 y las vacunas contra esta enfermedad, ni los procedimientos no especificados según indique el informe.
- Una vez que se agote el máximo anual, los cargos restantes serán su responsabilidad.

A continuación, se indican otras limitaciones y exclusiones.

- Este plan dental ofrece acceso a la robusta Red Dental Nacional de Medicare Advantage de UHC. Los dentistas de la red han acordado prestar servicios a una tarifa negociada. Si consulta a un dentista de la red, no pueden facturarle más que esa tarifa por los servicios cubiertos dentro de las limitaciones del plan. Toda tarifa asociada con servicios sin cobertura es su responsabilidad.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

- Si necesita ayuda para buscar un proveedor, use la herramienta de búsqueda de proveedores dentales en **MyUHC.com/CommunityPlan**. También puede llamar al **1-800-690-1606** para recibir ayuda para buscar un proveedor o programar una cita dental
- Este plan dental ofrece cobertura dental tanto dentro como fuera de la red, y todos los servicios cubiertos tienen \$0 de copago. Los dentistas fuera de la red no tienen un contrato para aceptar el pago del plan como pago total, por lo que podrían cobrarle más de lo que paga el plan, incluso por los servicios indicados como \$0 de copago. Por lo tanto, consultar a un proveedor de la red dental puede suponerle un ahorro sustancial. Los beneficios recibidos fuera de la red están sujetos a los beneficios máximos, limitaciones o exclusiones de los servicios dentro de la red.
- Cuando recibe servicios dentales cubiertos de un dentista dentro de la red, este presentará el reclamo en nombre de usted. Cuando consulta a un dentista fuera de la red, a menudo el dentista presenta un reclamo en nombre de usted. Si el dentista no lo hace, usted puede seguir las instrucciones que se indican a continuación para presentarlo directamente:
 - El reclamo presentado debe contener la siguiente información:
 - Nombre completo del miembro y número de ID de miembro
 - Nombre completo y dirección del proveedor
 - Lista de los servicios dentales prestados con los códigos correspondientes de la American Dental Association (ADA)
 - Comprobante de pago, tal como un recibo, una copia del cheque, una Explicación de Beneficios o un resumen de cuenta del proveedor que muestre un pago positivo por los servicios prestados
 - Envíe por correo postal toda la información de reclamos necesaria en un plazo no mayor de 365 días a partir de la fecha del servicio a: **P.O. Box 644, Milwaukee, WI 53201**
 - El pago se enviará a la dirección que se indica en su cuenta. Para actualizar su dirección o recibir ayuda para presentar reclamos, comuníquese con Servicio al Cliente al **1-800-690-1606, TTY 711**.
 - Los reclamos se pagan en un plazo no mayor de 30 días y se enviará una Explicación de Pago (Explanation of Payment, EOP) junto con el cheque de pago
- Los dentistas pueden pedirle que firme un documento de consentimiento informado que detalle los riesgos, los beneficios y los costos de todos los tratamientos recomendados, así como las alternativas a estos. Si usted desea obtener más información sobre la relación entre la cobertura de su plan dental y el tratamiento dental propuesto y sus costos, puede pedir a su dentista que solicite a UHC Dental un cálculo del costo previo al tratamiento. Si el proveedor tiene preguntas sobre cómo obtener esta información, puede comunicarse con UHC Dental a través del teléfono o sitio web que se indican en la parte de atrás de su UCard de UnitedHealthcare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si tiene otras preguntas o desea obtener más información, llame al **1-800-690-1606**, TTY **711**, o visite **MyUHC.com/CommunityPlan**

Exclusiones:

1. Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
2. Servicios dentales que no son necesarios.
3. Hospitalización u otros cargos de un centro.
4. Todo procedimiento dental que se realice únicamente por razones cosméticas o estéticas.
5. Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental.
6. Todo procedimiento que no se realice dentro de un centro dental.
7. Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad o lesión dental, o una anomalía dental congénita.
8. 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.
9. 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.
10. Los gastos de los procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta cumpliera los requisitos del plan.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Implantes y servicios relacionados con implantes.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

15. Blanqueo dental o microabrasión del esmalte
16. Carillas dentales
17. Ortodoncia
18. Liberación sostenida de un medicamento terapéutico (D9613).
19. Exámenes, pruebas de detección de la COVID-19 y vacunas contra esta enfermedad
20. 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.
21. Mantenedores de espacio
22. Cualquier procedimiento no especificado según indique el informe (Códigos dentales: D##99)

Exención de Responsabilidad: Los planes de tratamiento y los procedimientos dentales recomendados pueden variar. Hable con su dentista sobre las opciones de tratamiento, los riesgos, los beneficios y las tarifas. La American Dental Association publica los cambios en los códigos de Terminología Dental Actual (Current Dental Terminology, CDT) anualmente. Los códigos de procedimientos pueden cambiar durante el año del plan según la discontinuación de ciertos códigos dentales.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

E. Beneficios cubiertos fuera de nuestro plan

No cubrimos los siguientes servicios, pero están disponibles a través de Medicare o de TennCare.

E1. Cuidados paliativos

Usted tiene derecho a elegir cuidados paliativos si su proveedor y el director médico del centro de cuidados paliativos determinan que usted tiene un pronóstico terminal. Esto significa que tiene una enfermedad terminal con una esperanza de vida de seis meses o menos. Puede recibir este servicio de cualquier programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. El plan debe ayudarle a encontrar programas de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.

Consulte la Tabla de Beneficios de la **Sección D** para obtener más información sobre lo que pagamos mientras usted recibe servicios de cuidados paliativos.

Por servicios de cuidados paliativos y por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor de cuidados paliativos factura los servicios a Medicare. Medicare paga los servicios de cuidados paliativos relacionados con su pronóstico terminal. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no están relacionados con su pronóstico terminal

- El proveedor facturará los servicios a Medicare. Medicare pagará los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare. Usted no pagará nada por estos servicios.

Por medicamentos que tal vez estén cubiertos por el beneficio de la Parte D de Medicare de nuestro plan

- Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos, llame a su coordinador del cuidado de la salud para que haga los arreglos necesarios para los servicios. Los cuidados que no son paliativos son aquellos que no están relacionados con su pronóstico terminal.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

E2. Salud de la Población

Los servicios de salud de la población le proporcionan información sobre cómo mantenerse saludable. Si usted tiene una enfermedad permanente o necesidades de salud insatisfechas, los servicios de salud de la población pueden ayudarle a hacer cosas como las siguientes:

- entender su enfermedad y cómo sentirse mejor
- ayudarle a usted o a su hijo a buscar un médico de cuidado primario y a trasladarse a sus citas
- desarrollar un plan de cuidado según el consejo de su médico o del médico de su hijo para sus necesidades médicas y de salud del comportamiento
- acompañarle a usted o a su hijo para coordinar el cuidado con todos sus proveedores de cuidado de la salud
- tener un embarazo saludable y un parto saludable
- ayudarle a obtener sus medicamentos con receta
- ayudarle a usted o a su hijo a mantenerse fuera del hospital al recibir cuidado en la comunidad
- identificar organizaciones comunitarias que puedan proporcionar apoyos y recursos no médicos para mejorar la salud y el bienestar de usted o de su hijo
- ayudarle con cambios en el estilo de vida que desea realizar, como dejar de fumar o controlar su peso
- explicarle información de salud importante a usted o a sus médicos

Los servicios de salud de la población se ofrecen sin importar que usted esté bien, tenga un problema de salud permanente o tenga un terrible episodio de salud. Los servicios de salud de la población están disponibles para usted según sus riesgos de salud y su necesidad de estos servicios.

La Salud de la Población puede proporcionarle un administrador del cuidado de la salud. Un administrador del cuidado de la salud puede ayudarle a recibir todo el cuidado que usted necesita. Es posible que pueda tener un administrador del cuidado de la salud si usted:

- visita mucho la sala de emergencias (emergency room, ER), o si tiene que ir mucho al hospital, o
- necesita cuidado de la salud antes o después de recibir un trasplante, o
- tiene muchos médicos diferentes para diferentes problemas de salud o
- tiene una enfermedad permanente que no sabe cómo manejar

Para saber si puede tener un administrador del cuidado de la salud, o si desea participar en los servicios de salud de la población, usted (o alguien en nombre de usted) puede llamar a su plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

E3. Esterilización

La esterilización es el tratamiento médico o la cirugía para no tener hijos. Para recibir este tratamiento, usted debe:

- ser un adulto mayor de 21 años
- estar mentalmente estable y ser capaz de tomar decisiones sobre su salud
- no estar en una institución mental ni en prisión
- llenar un documento que da su aprobación, llamado Formulario de Consentimiento para la Esterilización. Usted debe llenar este formulario con su proveedor.

Tiene que llenarlo al menos 30 días antes de recibir el tratamiento. Sin embargo, en situaciones de emergencia, como un parto prematuro o una cirugía abdominal, puede llenar el documento al menos 72 horas antes de recibir el tratamiento.

E4. Aborto

Los abortos solamente pueden estar cubiertos en casos limitados, por ejemplo, si usted tiene una enfermedad física que podría provocarle la muerte si no se somete a un aborto.

Su médico debe llenar un documento llamado Certificado de Necesidad Médica de Aborto.

E5. Histerectomía

Una histerectomía es una cirugía médica que extirpa los órganos reproductores. Una histerectomía puede estar cubierta cuando usted la recibe para resolver otros problemas médicos. Después de una histerectomía, usted no podrá tener hijos. Sin embargo, TennCare no pagará este tratamiento si usted lo recibe únicamente para no tener hijos. TennCare paga este tratamiento solamente si es por una razón cubierta y si es médicamente necesario.

A usted deben informarle verbalmente y por escrito que someterse a una histerectomía significa que no podrá tener hijos. Tiene que llenar un documento llamado Formulario de Reconocimiento de Histerectomía.

E6. Programa Employment and Community First CHOICES

El programa Employment and Community First CHOICES es para personas de todas las edades que tienen una discapacidad intelectual o del desarrollo (intellectual or developmental disability, I/DD). Esto incluye a las personas que tienen discapacidades significativas.

Los servicios ayudan a las personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo a adquirir la mayor independencia posible. Las personas reciben apoyo para vivir con su familia o en la comunidad, no en una institución. Los servicios residenciales están disponibles para adultos con discapacidades intelectuales o del desarrollo que no viven con su familia, pero necesitan apoyos en el lugar en el que viven.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

El programa Employment and Community First CHOICES puede ayudar a las personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo a explorar la posibilidad de trabajar. Los servicios también pueden ayudar a las personas a aprender habilidades para el trabajo, a buscar trabajo y a mantener un trabajo. Este podría ser un trabajo a tiempo parcial, a tiempo completo o autónomo. Trabajar ayuda a las personas a ganar dinero, aprender nuevas habilidades y conocer nuevas personas, además de cumplir un rol importante en sus comunidades. El trabajo también puede ayudar a las personas a mantenerse saludables y a desarrollar la confianza en sí mismas. Otros servicios ayudan a las personas a aprender y hacer cosas en el domicilio y en la comunidad que les ayudan a alcanzar sus metas. Si una persona vive en el domicilio con su familia, los servicios ayudan a la familia a apoyar a la persona para que se vuelva lo más independiente posible. Los servicios también ayudan a las personas a participar activamente en sus comunidades e incluyen apoyos de pares para la persona y para su familia.

F. Beneficios que no cubre nuestro plan, Medicare ni TennCare

Esta sección explica los beneficios que están excluidos por nuestro plan. “Excluidos” significa que no pagamos estos beneficios. Medicare y TennCare tampoco los pagan.

La siguiente lista describe algunos servicios y artículos que no cubrimos en ningún caso, y otros que excluimos solamente en algunos casos.

No pagamos los beneficios médicos excluidos que aparecen en esta sección (o en cualquier otra parte de esta **Evidencia de Cobertura**), excepto en los casos específicos indicados. Aunque usted reciba los servicios en un centro de emergencias, el plan no pagará los servicios. Si usted piensa que nuestro plan debería pagar un servicio que no está cubierto, puede solicitar una apelación. Para obtener información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Además de las exclusiones o limitaciones descritas en la Tabla de Beneficios, nuestro plan no cubre los siguientes artículos y servicios:

- Servicios que no se consideren “razonables y médicamente necesarios”, según las normas de Medicare y de TennCare, salvo que los indiquemos como servicios cubiertos
- Tratamientos médicos y quirúrgicos, artículos y medicamentos experimentales, a menos que los cubra Medicare, un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, o nuestro plan. Consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica. Los tratamientos y artículos experimentales son aquellos que no están generalmente aceptados por la comunidad médica.
- Habitación privada en un hospital, excepto cuando sea médicamente necesaria
- Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería, como un teléfono o un televisor
- Cuidado de enfermería a tiempo completo en su domicilio



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Cargos que cobren sus familiares inmediatos o miembros de su núcleo familiar
- Cuidado de custodia.

El cuidado de custodia es cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico ni paramédico capacitado, por ejemplo, el cuidado que le ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.

- Servicios o procedimientos para mejoras electivas o voluntarias (que incluyen pérdida de peso, crecimiento del cabello, función sexual, desempeño deportivo, fines estéticos, prevención del envejecimiento y desempeño mental), excepto cuando sean médicamente necesarios
- Servicios domésticos, que incluyen ayuda básica en el domicilio, como la limpieza liviana o la preparación de comidas sencillas.
- Cirugía estética u otros procedimientos estéticos, salvo cuando sean necesarios debido a una lesión accidental o para mejorar una parte del cuerpo deformada. Sin embargo, pagamos la reconstrucción de un seno después de una mastectomía y el tratamiento del otro seno con el fin de lograr un aspecto simétrico
- Zapatos ortopédicos, a menos que los zapatos formen parte de una abrazadera ortopédica para la pierna y se incluyan en el costo de la abrazadera, o si los zapatos son para una persona con enfermedad de pie diabético
- Dispositivos de apoyo para los pies, excepto los zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético
- Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros artículos para la baja visión
- Reversión de procedimientos de esterilización y suministros anticonceptivos sin receta
- Servicios de naturopatía (el uso de tratamientos alternativos o naturales)
- Servicios prestados a veteranos en centros del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veterans Affairs, VA).
- Solicitudes de pago (pedir al plan que pague la parte que le corresponde de los costos) de medicamentos cubiertos enviadas 36 meses después de haber surtido su receta.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta
para pacientes ambulatorios

Capítulo 5

Cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

Introducción

Este capítulo explica las reglas para obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Estos medicamentos son los que le indica su proveedor y que usted obtiene en una farmacia o por pedido por correo. Incluyen los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y por TennCare. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

También cubrimos los siguientes medicamentos, aunque no se detallan en este capítulo:

- **Medicamentos cubiertos por la Parte A de Medicare.** Generalmente, incluyen medicamentos que le administran mientras usted está en un hospital o en un centro de enfermería.
- **Medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare.** Incluyen algunos medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones que le administran durante una visita al consultorio con un médico u otro proveedor, y los medicamentos que le administran en una clínica de diálisis. Si desea más información sobre qué medicamentos de la Parte B de Medicare están cubiertos, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Además de la cobertura de la Parte D de Medicare y de los beneficios médicos del plan, es posible que Medicare Original cubra sus medicamentos si usted está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la **Sección F**, “Si está en un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare”, del **Capítulo 5**.

Reglas para la cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan

Habitualmente, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando usted siga las reglas de esta sección.

Un proveedor (médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle su receta, que debe ser válida conforme a la ley estatal vigente. Esta persona, a menudo, es su proveedor de cuidado primario (PCP). También podría ser otro proveedor si su proveedor de cuidado primario le dio una referencia para que usted reciba cuidado.

El profesional que receta no debe estar en las Listas de Proveedores Excluidos o Proveedores Inhabilitados de Medicare ni en la Lista de Proveedores que Terminaron su Contrato con TennCare.

Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. O puede surtir su receta a través del servicio de pedidos por correo del plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Su medicamento recetado debe estar en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** de nuestro plan. Para abreviar, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”. (Consulte la **Sección B** de este capítulo.)

- Si no está en la **Lista de Medicamentos**, es posible que lo cubramos si hacemos una excepción.
- Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo solicitar una excepción.

Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Esto significa que el uso del medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Es posible que el profesional que receta pueda ayudarle a identificar referencias médicas que respalden el uso solicitado del medicamento recetado.

Su medicamento podría requerir aprobación antes de que lo cubramos. Consulte la **Sección C** de este capítulo.

A.	Cómo surtir sus recetas	145
A1.	Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red	145
A2.	Cómo usar su UCard de UnitedHealthcare cuando surte una receta	145
A3.	Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red	145
A4.	Qué puede hacer si su farmacia deja la red	145
A5.	Uso de una farmacia especializada.....	146
A6.	Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos	146
A7.	Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos	148
A8.	Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan	148
A9.	Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta.....	149
B.	La Lista de Medicamentos de nuestro plan	149
B1.	Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos	150
B2.	Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos	150
B3.	Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos	151
C.	Límites en algunos medicamentos	152
D.	Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto.....	153
D1.	Cómo obtener un suministro temporal	153
D2.	Cómo pedir un suministro temporal.....	155
D3.	Cómo solicitar una excepción.....	155
E.	Cambios en la cobertura de sus medicamentos.....	155

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

F.	Cobertura de medicamentos en casos especiales	158
F1.	En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan	158
F2.	En un centro de cuidado a largo plazo	158
F3.	En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare	158
G.	Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos.....	159
G1.	Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura	159
G2.	Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos	159
G3.	Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos	160

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Cómo surtir sus recetas

A1. Cómo surtir sus recetas en una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, pagamos los medicamentos con receta solamente cuando se surten en cualquiera de las farmacias de nuestra red. Una farmacia de la red es una farmacia que acepta surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Usted puede usar cualquiera de las farmacias de nuestra red.

Para buscar una farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

A2. Cómo usar su UCard de UnitedHealthcare cuando surte una receta

Para surtir su receta, **muestre su UCard de UnitedHealthcare** en su farmacia de la red. La farmacia de la red nos factura su medicamento con receta cubierto.

Si no tiene consigo su UCard de UnitedHealthcare cuando surta su receta, pida a la farmacia que nos llame para obtener la información necesaria o que consulte su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es posible que usted tenga que pagar el costo total del medicamento con receta cuando pase a retirarlo. Luego puede pedirnos que le hagamos un reembolso. **Si no puede pagar el medicamento, comuníquese inmediatamente con Servicio al Cliente.** Haremos todo lo posible para ayudar.

- Para pedirnos que le hagamos un reembolso, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Si necesita ayuda para surtir una receta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

A3. Qué puede hacer si cambia de farmacia de la red

Si necesita ayuda para cambiar de farmacia de la red, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

A4. Qué puede hacer si su farmacia deja la red

Si la farmacia que usa deja la red de nuestro plan, usted tiene que buscar una nueva farmacia de la red.

Para buscar una nueva farmacia de la red, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A5. Uso de una farmacia especializada

A veces, las recetas se deben surtir en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión a domicilio.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería.
 - Por lo general, los centros de cuidado a largo plazo tienen sus propias farmacias. Si usted es residente de un centro de cuidado a largo plazo, nos aseguramos de que pueda obtener los medicamentos que necesite en la farmacia del centro.
 - Si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo no está dentro de nuestra red o si usted tiene dificultades para obtener sus medicamentos en un centro de cuidado a largo plazo, comuníquese con Servicio al Cliente.
- Farmacias que prestan servicios para el Programa de Servicio de Salud Indígena, Tribal o Indígena Urbano. Excepto en situaciones de emergencia, solamente los nativos americanos de Estados Unidos o los nativos de Alaska pueden usar estas farmacias.
- Farmacias que suministran medicamentos que están restringidos por la Administración de Alimentos y Medicamentos a ciertos sitios o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o educación sobre su uso. (Nota: Esta situación es poco frecuente.)

Para buscar una farmacia especializada, consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias**, visite nuestro sitio web o comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

A6. Uso de los servicios de pedidos por correo para obtener sus medicamentos

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un **suministro de hasta 100 días**.

Cómo surtir recetas por correo

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias**, donde podrá buscar las farmacias con servicio de medicamentos por correo dentro de nuestra red. Si usa una farmacia de pedidos por correo que no esté dentro de la red del plan, su medicamento con receta no tendrá cobertura.

Generalmente, los medicamentos de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo le llegan **en un plazo no mayor de 10 días hábiles**.

Sin embargo, a veces su pedido por correo podría demorarse. Si su pedido por correo se demora, siga estos pasos: Si su receta está registrada en su farmacia local, visite su farmacia para surtir la receta. Si la receta demorada no está registrada en su farmacia local, pídale a su médico que llame al farmacéutico y autorice una nueva receta. O su farmacéutico puede llamar al consultorio médico por usted para solicitar la receta. Su farmacéutico puede llamar al servicio de ayuda para Farmacias al **1-877-889-6510 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, si tiene



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

algún problema, pregunta o inquietud, o si necesita anular un reclamo por una receta demorada. Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. **Es posible que haya otras farmacias dentro de nuestra red.**

Procesos de pedidos por correo

El servicio de pedidos por correo tiene diferentes procedimientos para las nuevas recetas que recibe de usted, las nuevas recetas que recibe directamente del consultorio de su proveedor y los resurtidos de sus recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo.

1. Nuevas recetas que la farmacia recibe de usted

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de usted y le entrega los medicamentos.

2. Nuevas recetas que la farmacia recibe del consultorio de su proveedor

La farmacia automáticamente surte las nuevas recetas que reciba de proveedores de cuidado de la salud y le entrega los medicamentos, sin consultar primero con usted, si:

- Anteriormente, usted usó servicios de pedidos por correo de nuestro plan, o
- Se inscribe en la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de proveedores de cuidado de la salud. Usted puede pedir la entrega automática de todas las recetas nuevas ahora mismo o en cualquier momento, por teléfono o por correo postal.

Si anteriormente usted usó una farmacia de pedidos por correo y no desea que la farmacia automáticamente surta cada nueva receta y le envíe los medicamentos, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.

Si nunca usó nuestro servicio de entrega de pedidos por correo o si decide cancelar el surtido automático de las nuevas recetas, la farmacia se comunica con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de cuidado de la salud para saber si usted desea que se surta y se le envíe el medicamento inmediatamente.

- Esto le da la oportunidad de confirmar que la farmacia entregue el medicamento correcto (incluso la concentración, la cantidad y la presentación) y, si es necesario, le permite cancelar o posponer el pedido antes de que se lo envíen.
- Responda cada vez que la farmacia se comunice con usted para indicarles lo que deben hacer con la nueva receta y evitar demoras en el envío.

Si no desea recibir entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

3. Resurtidos de recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo

Para los resurtidos de sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtidos automáticos. En este programa, comenzamos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros indican que se le debería estar por acabar su medicamento.

- La farmacia se comunica con usted antes de enviarle cada resurtido para asegurarse de que usted necesite más medicamento, y usted puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficiente cantidad de su medicamento o si le cambiaron el medicamento.
- Si elige no usar nuestro programa de resurtidos automáticos, comuníquese con su farmacia 10 días antes de que se le agote su medicamento con receta actual para asegurarse de que su próximo pedido se le envíe a tiempo.

Si no desea participar en nuestro programa que automáticamente prepara los resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros por teléfono o por correo postal.

Indique a la farmacia cuáles son las mejores maneras de comunicarse con usted para que esta pueda confirmar su pedido antes de hacer el envío.

A7. Cómo obtener un suministro a largo plazo de medicamentos

Usted puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son los medicamentos que usted toma con regularidad debido a una enfermedad crónica o a largo plazo.

Algunas farmacias de la red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. El **Directorio de Proveedores y Farmacias** le indica las farmacias que pueden darle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para obtener más información, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Puede usar los servicios de pedidos por correo de la red de nuestro plan para obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Consulte la **Sección A6** para obtener información sobre los servicios de pedidos por correo.

A8. Uso de una farmacia que no está dentro de la red de nuestro plan

Por lo general, pagamos los medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red solamente cuando usted no puede usar una farmacia de la red. Contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde usted puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. En estos casos, primero consulte a Servicio al Cliente para saber si hay una farmacia de la red cercana. Quizás sea necesario que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Pagamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red en los siguientes casos:

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Medicamentos con receta para una Emergencia Médica.** Cubriremos las recetas que se surtan en una farmacia fuera de la red si las recetas están relacionadas con el cuidado de una emergencia médica o el cuidado requerido de urgencia, y los medicamentos están incluidos en nuestro Formulario sin restricciones y no están excluidos de la cobertura de la Parte D de Medicare.
- **Cobertura cuando está de viaje o fuera del área de servicio.** Si usted toma un medicamento con receta con regularidad y va a realizar un viaje, asegúrese de verificar el suministro del medicamento antes de salir. Cuando sea posible, lleve con usted todos los medicamentos que necesitará. Es posible que pueda pedir sus medicamentos con receta con anticipación a través de la farmacia preferida con servicio de medicamentos por correo de nuestra red o a través de otras farmacias de nuestra red. Comuníquese con Servicio al Cliente para saber cómo pedir sus medicamentos con receta con anticipación.
- Si no le es posible obtener oportunamente un medicamento cubierto dentro del área de servicio debido a que no hay una farmacia de la red con servicio las 24 horas dentro de una distancia razonable para ir en automóvil.
- Si está tratando de surtir un medicamento con receta que no está disponible regularmente en una farmacia de pedidos por correo ni en una farmacia minorista accesible de la red (incluso los medicamentos de alto costo y muy especiales).
- Si necesita un medicamento con receta mientras es paciente en un departamento de emergencias, en una clínica donde atiende un proveedor, en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios o en otro centro para pacientes ambulatorios.

A9. Cómo obtener el reembolso del costo de un medicamento con receta

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente debe pagar el costo total cuando obtenga su medicamento con receta.

Si desea más información sobre este tema, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. La Lista de Medicamentos de nuestro plan

Tenemos una **Lista de Medicamentos Cubiertos**. Para abreviar, la llamamos “**Lista de Medicamentos**”.

Elegimos los medicamentos de la **Lista de Medicamentos** con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La **Lista de Medicamentos** también indica las reglas que usted debe seguir para obtener sus medicamentos.

Generalmente, cubrimos un medicamento de la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan cuando usted sigue las reglas que explicamos en este capítulo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

B1. Medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.

Nuestra **Lista de Medicamentos** incluye los medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare y algunos productos y medicamentos con receta y sin receta (OTC) cubiertos por TennCare.

Nuestra **Lista de Medicamentos** incluye medicamentos genéricos, medicamentos de marca y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca comercial que es propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra **Lista de Medicamentos**, cuando nos referimos a “medicamentos”, puede significar un medicamento o un producto biológico.

Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se llaman biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y los biosimilares surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca o los productos biológicos originales, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 12** para ver definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la **Lista de Medicamentos**.

Nuestro plan también cubre ciertos productos y medicamentos sin receta. Algunos medicamentos sin receta cuestan menos que los medicamentos con receta y surten exactamente el mismo efecto. Para obtener más información, llame a Servicio al Cliente.

B2. Cómo buscar un medicamento en nuestra Lista de Medicamentos

Para saber si un medicamento que usted toma está en nuestra **Lista de Medicamentos**, puede:

- Consultar la **Lista de Medicamentos** más reciente que proporcionamos electrónicamente.
- Visitar el sitio web de nuestro plan en **MyUHC.com/CommunityPlan**. La **Lista de Medicamentos** de nuestro sitio web siempre es la más actualizada.
- Llamar a Servicio al Cliente para saber si un medicamento está en nuestra **Lista de Medicamentos** o para pedir una copia de la lista.

Use nuestra “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” en **MyUHC.com/CommunityPlan** o llame a Servicio al Cliente. Con esta herramienta, usted puede buscar medicamentos en la **Lista de Medicamentos** para obtener un cálculo aproximado de lo que pagará y para saber si hay medicamentos alternativos en dicha **Lista de Medicamentos** que podrían tratar la misma enfermedad.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

B3. Medicamentos que no están en nuestra Lista de Medicamentos

No cubrimos todos los medicamentos con receta. Algunos medicamentos no están en nuestra **Lista de Medicamentos** porque la ley no nos permite cubrirlos. En otros casos, nosotros decidimos no incluir un medicamento en nuestra **Lista de Medicamentos**.

Nuestro plan no paga los tipos de medicamentos descritos en esta sección, llamados **medicamentos excluidos**. Si le recetan un medicamento excluido, es posible que usted deba pagarlo de su bolsillo. Si cree que deberíamos pagar un medicamento excluido debido a su caso, puede presentar una apelación. Para obtener más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Tres reglas generales para los medicamentos excluidos:

1. La cobertura de medicamentos para pacientes ambulatorios de nuestro plan (que incluye los medicamentos de la Parte D de Medicare y de TennCare) no puede pagar un medicamento que ya cubra la Parte A o la Parte B de Medicare. Nuestro plan cubre sin costo los medicamentos cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare, pero estos medicamentos no se consideran parte de sus beneficios de medicamentos con receta para pacientes ambulatorios.
2. Nuestro plan no puede cubrir un medicamento que se compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
3. El uso del medicamento debe estar aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos, o contar con el respaldo de ciertas referencias médicas como tratamiento de su enfermedad. Para tratar su enfermedad, su médico u otro proveedor pueden recetarle un cierto medicamento, aunque no esté aprobado para tratar dicha enfermedad. Esto se llama “uso fuera de la indicación aprobada”. Nuestro plan habitualmente no cubre los medicamentos recetados para un uso fuera de la indicación aprobada.

Además, por ley, ni Medicare ni TennCare pueden cubrir los tipos de medicamentos que se indican a continuación.

- Medicamentos que se usan para estimular la fertilidad
- Medicamentos que se usan para aliviar los síntomas de la tos o del resfrío
- Medicamentos que se usan con fines estéticos o para estimular el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la disfunción eréctil o sexual
- Medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia o para bajar o subir de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios que fabrica una compañía que dice que usted debe recibir exámenes o servicios prestados solamente por ellos

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C. Límites en algunos medicamentos

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que limitan cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Por lo general, nuestras reglas le alientan a obtener un medicamento que sea seguro y eficaz para su enfermedad. Cuando un medicamento seguro y de menor costo surte exactamente el mismo efecto que un medicamento de mayor costo, esperamos que su proveedor le recete el medicamento de menor costo.

Si hay una regla especial para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deben tomar medidas adicionales para que lo cubramos. Por ejemplo, su proveedor primero tendría que informarnos cuál es su diagnóstico o presentar los resultados de análisis de sangre. Si usted o su proveedor creen que nuestra regla no se debería aplicar a su situación, soliciten que hagamos una excepción. Podríamos aceptar o no permitirle el uso del medicamento sin tomar las medidas adicionales.

Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

1. Limitación del uso de un medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible

Generalmente, un medicamento genérico surte el mismo efecto que un medicamento de marca y suele costar menos. En la mayoría de los casos, si hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le dan la versión genérica.

- Por lo general, no pagamos el medicamento de marca o el producto biológico original cuando hay una versión genérica disponible.
- Sin embargo, si su proveedor nos informó la razón médica por la que el medicamento genérico no le surtirá efecto a usted o si escribió “No substitutions” (Sin sustitución) en su receta de un medicamento de marca o si nos informó la razón médica por la que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma enfermedad le surtirán efecto, cubriremos el medicamento de marca.

2. Obtener la preaprobación del plan

Para algunos medicamentos, usted o su profesional que receta deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir su receta. Si usted no obtiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.

3. Probar primero un medicamento diferente

En general, queremos que usted pruebe medicamentos de menor costo que surten el mismo efecto antes de que cubramos medicamentos que cuestan más. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma enfermedad, y el medicamento A cuesta menos que el medicamento B, es posible que requiramos que usted pruebe primero el medicamento A.

Si el medicamento A **no** le surte efecto, cubriremos el medicamento B. Este requisito se llama terapia escalonada.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

4. Límites de cantidad

Para algunos medicamentos, limitamos la cantidad que usted puede obtener. Esto se llama límite de cantidad. Por ejemplo, podríamos limitar la cantidad de un medicamento que usted puede obtener cada vez que surte su receta.

Para saber si alguna de las reglas indicadas anteriormente se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte nuestra **Lista de Medicamentos**. Para obtener la información más actualizada, llame a Servicio al Cliente o consulte nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de cobertura debido a alguno de los motivos anteriores, puede solicitar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**.

D. Motivos por los que su medicamento podría no estar cubierto

Tratamos de hacer que su cobertura de medicamentos funcione bien para usted, pero a veces es posible que un medicamento no esté cubierto en la manera que usted desea. Por ejemplo:

- Nuestro plan no cubre el medicamento que usted desea tomar. El medicamento quizás no esté en nuestra **Lista de Medicamentos**. Es posible que cubramos una versión genérica del medicamento, pero no la versión de marca que usted desea tomar. Podría ser que un medicamento sea nuevo y que aún no lo hayamos revisado para determinar su seguridad y eficacia.
- Nuestro plan cubre el medicamento, pero hay reglas especiales o límites de cobertura. Según se explicó anteriormente en la **Sección C**, algunos medicamentos que nuestro plan cubre tienen reglas que limitan su uso. En algunos casos, usted o el profesional que receta podrían desear solicitarnos una excepción.

Hay cosas que usted puede hacer si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea.

D1. Cómo obtener un suministro temporal

En algunos casos, podemos ofrecerle un suministro temporal de un medicamento si no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o si tiene alguna limitación. Esto le da tiempo para hablar con su proveedor sobre la posibilidad de obtener un medicamento diferente o de pedirnos que cubramos el medicamento.

Para obtener un suministro temporal de un medicamento, usted debe cumplir las dos reglas que se indican a continuación:

1. El medicamento que ha estado tomando:
 - deja de estar en nuestra **Lista de Medicamentos** o
 - nunca estuvo en nuestra **Lista de Medicamentos** o
 - ahora tiene alguna limitación.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

2. Usted debe estar en una de las siguientes situaciones:

- Estuvo en nuestro plan el año pasado.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días del año calendario.**
 - Este suministro temporal es de hasta 30 días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Usted es nuevo en nuestro plan.
 - Cubrimos un suministro temporal de su medicamento **durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan.**
 - Este suministro temporal es de hasta **30** días.
 - Si su receta indica menos días, permitimos varios resurtidos para proporcionar hasta un máximo de **30** días del medicamento. Usted debe surtir la receta en una farmacia de la red.
 - Las farmacias de cuidado a largo plazo podrían proporcionar su medicamento con receta en pequeñas cantidades por vez para evitar el desperdicio.
- Ha estado en nuestro plan durante más de **90** días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato.
 - Cubrimos un suministro de **31** días, o menos si su receta indica menos días. Este es un suministro adicional al suministro temporal indicado anteriormente.
 - **Para aquellos miembros actuales con cambios en el nivel de cuidado:** Podrían ocurrir transiciones imprevistas en cualquier momento, como altas del hospital (incluidos los hospitales psiquiátricos) o cambios en el nivel de cuidado (es decir, cambiar de centro de cuidado a largo plazo, ingresar en un centro de cuidado a largo plazo y salir de uno, terminar la cobertura de la Parte A dentro de un centro de enfermería especializada o terminar la cobertura de cuidados paliativos y volver a la cobertura de Medicare). Si le recetan un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o su capacidad para obtener sus medicamentos está restringida de alguna manera, debe usar el proceso de excepción del plan. Para la mayoría de los medicamentos, puede pedir un suministro temporal por única vez de al menos 30 días que le permita tener tiempo para analizar tratamientos alternativos con su médico o solicitar una excepción a la **Lista de Medicamentos (formulario)**. Si su médico le emite su receta por menos días, usted puede resurtir el medicamento hasta que haya recibido un suministro de al menos 30 días.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D2. Cómo pedir un suministro temporal

Para pedir un suministro temporal de un medicamento, llame a Servicio al Cliente.

Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su proveedor lo antes posible para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro. Sus opciones son:

- Cambiar el medicamento por otro.

Nuestro plan podría cubrir un medicamento diferente que le surta efecto. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos que cubrimos que tratan la misma enfermedad. La lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

○

- Solicitar una excepción.

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción. Por ejemplo, pueden pedirnos que cubramos un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o pedirnos que cubramos el medicamento sin límites. Su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción si dice que usted tiene una buena razón médica para hacerlo.

D3. Cómo solicitar una excepción

Si un medicamento que usted toma se quitará de nuestra **Lista de Medicamentos** o se limitará de alguna manera el próximo año, le permitimos solicitar una excepción antes del próximo año.

- Le avisamos si el próximo año habrá algún cambio en la cobertura de su medicamento. Solicitenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento el próximo año de la manera en que usted quisiera.
- Respondemos a su solicitud de excepción en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).

Si desea más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

E. Cambios en la cobertura de sus medicamentos

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se realizan el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos** durante el año. También podemos cambiar nuestras reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decidir exigir o no exigir una preaprobación (prior approval, PA) para un medicamento (permiso antes de poder obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad que usted puede obtener de un medicamento (límites de cantidad).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

- Agregar o cambiar las restricciones de terapia escalonada de un medicamento (usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro).

Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la **Sección C**.

Si usted toma un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más barato en el mercado que surta el mismo efecto que un medicamento de nuestra **Lista de Medicamentos** actual, o
- nos enteremos de que un medicamento no es seguro, o
- se retire un medicamento del mercado.

¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que usted está tomando?

Para obtener más información sobre lo que ocurre cuando cambia nuestra **Lista de Medicamentos**, usted siempre puede:

- Consultar nuestra **Lista de Medicamentos** actual en Internet en **MyUHC.com/CommunityPlan** o
- Llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para consultar nuestra **Lista de Medicamentos** actual.

Cambios que podemos hacer a la Lista de Medicamentos que le afecten durante el año del plan actual

Algunos cambios en la **Lista de Medicamentos** se producirán inmediatamente. Por ejemplo:

- Un nuevo medicamento genérico comienza a estar disponible. A veces, aparece un nuevo medicamento genérico en el mercado que surte el mismo efecto que un medicamento de marca de la **Lista de Medicamentos** actual. En esos casos, es posible que quitemos el medicamento de marca y agreguemos el nuevo medicamento genérico.

Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podríamos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

- Es posible que no le avisemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico una vez que lo hayamos hecho.
- Usted o su proveedor pueden solicitar una “excepción” a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede dar para solicitar una excepción. Consulte el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura**.

Se retira un medicamento del mercado. Si la Administración de Alimentos y Medicamentos determina que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos quitarlo inmediatamente de nuestra **Lista de Medicamentos**. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio.

El profesional que receta también se enterará de este cambio y podrá colaborar con usted para buscar otro medicamento para su enfermedad.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Podríamos hacer otros cambios que afecten a los medicamentos que usted toma. Le avisamos con anticipación sobre estos otros cambios en nuestra **Lista de Medicamentos**. Estos cambios podrían suceder si:

- La Administración de Alimentos y Medicamentos emite una nueva regla o hay nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.

Cuando ocurren estos cambios:

- Le avisamos al menos 30 días antes de que realicemos el cambio en nuestra **Lista de Medicamentos** o
- Le avisamos y le damos un suministro de **30** días del medicamento después de que usted pida un resurtido.

Esto le da tiempo para hablar con su médico u otro profesional que receta, quienes pueden ayudarle a decidir:

- Si hay un medicamento similar en la **Lista de Medicamentos** que usted puede tomar en su lugar o
- Si debería solicitar una excepción a estos cambios para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Si desea más información sobre cómo solicitar excepciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante el año del plan actual

Podemos hacer cambios en los medicamentos que usted toma que no se hayan descrito anteriormente y que no le afectan ahora. Para esos cambios, si usted está tomando un medicamento que cubríamos al **principio** del año, generalmente no quitamos ni cambiamos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**.

Por ejemplo, si quitamos un medicamento que usted está tomando o limitamos su uso, el cambio no afecta su uso durante el resto del año.

Si se produce alguno de estos cambios en un medicamento que usted está tomando (excepto los cambios indicados en la sección anterior), el cambio no afectará su uso hasta el 1 de enero del próximo año.

No le informaremos directamente sobre este tipo de cambios durante el año actual. Usted tendrá que consultar la **Lista de Medicamentos** del próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para saber si hay algún cambio que le afectará durante el próximo año del plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F. Cobertura de medicamentos en casos especiales

F1. En un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan

Si se le admite en un hospital o en un centro de enfermería especializada por una estadía que cubre nuestro plan, por lo general cubrimos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Usted no pagará un copago. Una vez que deja el hospital o el centro de enfermería especializada, cubrimos sus medicamentos siempre y cuando los medicamentos cumplan todas nuestras reglas de cobertura.

F2. En un centro de cuidado a largo plazo

Generalmente, un centro de cuidado a largo plazo, como un centro de enfermería, tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra los medicamentos a todos sus residentes. Si usted vive en un centro de cuidado a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro si forma parte de nuestra red.

Consulte su **Directorio de Proveedores y Farmacias** o visite **MyUHC.com/CommunityPlan** para saber si la farmacia de su centro de cuidado a largo plazo forma parte de nuestra red. Si la farmacia no es de nuestra red o si usted necesita más información, comuníquese con Servicio al Cliente.

F3. En un programa de centros de cuidados paliativos certificados por Medicare

Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan al mismo tiempo.

- Es posible que usted esté inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesite ciertos medicamentos (por ejemplo, analgésicos, medicamentos contra las náuseas, laxantes o ansiolíticos) que su centro de cuidados paliativos no cubre porque no está relacionado con su pronóstico y enfermedad terminales. En ese caso, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o de su proveedor de cuidados paliativos que indique que el medicamento no está relacionado antes de que podamos cubrirlo.
- Para evitar demoras en la obtención de medicamentos no relacionados que nuestro plan debería cubrir, usted puede pedir al profesional que receta o a su proveedor de cuidados paliativos que se aseguren de que tengamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de pedir a una farmacia que surta su receta.

Si se va del centro de cuidados paliativos, nuestro plan cubre todos sus medicamentos. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar que usted dejó el centro.

Consulte las partes anteriores de este capítulo que tratan sobre los medicamentos que cubre nuestro plan. Para obtener más información sobre el beneficio de cuidados paliativos, consulte el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

G. Programas sobre la administración y la seguridad de los medicamentos

G1. Programas para ayudarle a usar los medicamentos de manera segura

Cada vez que usted surte una receta, buscamos posibles problemas, tales como errores en los medicamentos o medicamentos que:

- tal vez no sean necesarios porque usted toma otro medicamento similar que surte el mismo efecto
- tal vez no sean seguros para su edad o sexo
- podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- tengan ingredientes a los que usted es o podría ser alérgico
- tengan cantidades inseguras de medicamentos analgésicos opiáceos

Si encontramos un posible problema en su uso de medicamentos con receta, colaboramos con su proveedor para corregirlo.

G2. Programas para ayudarle a administrar sus medicamentos

Nuestro plan cuenta con un programa para ayudar a los miembros con necesidades complejas de salud. En tales casos, usted podría cumplir los requisitos para recibir servicios, sin costo para usted, a través de un programa de manejo de terapias de medicamentos (medication therapy management, MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Este programa ayuda a que usted y su proveedor se aseguren de que sus medicamentos estén surtiendo efecto para mejorar su salud. Si usted califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud harán una revisión completa de todos sus medicamentos y hablarán con usted sobre:

- cómo aprovechar al máximo los medicamentos que toma
- cualquier duda que usted tenga, por ejemplo, sobre los costos de los medicamentos y las reacciones a los medicamentos
- cuál es la mejor manera de tomar sus medicamentos
- cualquier pregunta o problema que tenga sobre su medicamento con receta y sin receta

Luego, le darán:

- Un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para aprovechar al máximo sus medicamentos.
- Una lista personal de medicamentos que incluye todos los medicamentos que usted toma, cuánto toma y cuándo y por qué los toma.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Información sobre las maneras seguras para desechar los medicamentos con receta que forman parte de las sustancias controladas.

Es conveniente que hable con su profesional que receta sobre su plan de acción y su lista de medicamentos.

- Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos a la visita o en cualquier momento en que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud.
- Lleve consigo su lista de medicamentos si va al hospital o a la sala de emergencias.

Los programas de manejo de terapias de medicamentos son voluntarios y gratuitos para los miembros que califican. Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, le inscribimos en el programa y le enviamos información. Si usted no desea participar en el programa, háganoslo saber y le retiraremos de este.

Si tiene preguntas sobre estos programas, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud.

G3. Programa de administración de medicamentos para el uso seguro de medicamentos opiáceos

Nuestro plan cuenta con un programa que puede ayudar a los miembros a usar de manera segura sus medicamentos opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP).

Si usted usa medicamentos opiáceos que obtiene de varios profesionales que recetan o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opiáceos recientemente, es posible que hablemos con el profesional que receta para asegurarnos de que su uso de medicamentos opiáceos sea apropiado y médicamente necesario. Si, al hablar con su profesional que receta, decidimos que su uso de medicamentos opiáceos o benzodiazepínicos con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que usted puede obtener esos medicamentos. Las limitaciones pueden incluir:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de esos medicamentos de ciertos profesionales que recetan o que las surta en ciertas farmacias
- Limitar la cantidad de esos medicamentos que cubrimos para usted

Si pensamos que deberíamos aplicarle una o más limitaciones, le enviamos una carta con anticipación. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le exigirá que obtenga las recetas de estos medicamentos solamente de un proveedor específico o que las surta en una farmacia en particular.

Usted tendrá la posibilidad de decirnos qué profesionales que recetan o farmacias prefiere usar, y cualquier información que crea que es importante que nosotros sepamos. Si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos después de que usted haya tenido la posibilidad de responder, le enviamos otra carta que confirma las limitaciones.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si piensa que cometimos un error, si no está de acuerdo con que usted esté en riesgo debido al uso indebido de medicamentos con receta o si no está de acuerdo con la limitación, usted y el profesional que receta pueden presentar una apelación. Si usted presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su apelación relacionada con las limitaciones al acceso a estos medicamentos, automáticamente enviamos su caso a una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization, IRO). (Si desea más información sobre las apelaciones y la Organización de Revisión Independiente, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.)

Es posible que el Programa de Administración de Medicamentos no se aplique a su caso si usted:

- tiene ciertas enfermedades, como cáncer o anemia drepanocítica,
- está recibiendo cuidados paliativos o cuidado para el final de la vida, o
- vive en un centro de cuidado a largo plazo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 6

Lo que usted paga por sus medicamentos con
receta de Medicare y de TennCare

Introducción

Este capítulo indica lo que usted paga por sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Por “medicamentos”, nos referimos a:

- Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, y
- Medicamentos y artículos cubiertos por TennCare.

Dado que usted cumple los requisitos de TennCare, recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

El **programa Ayuda Adicional** es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Otros términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

Si desea más información sobre medicamentos con receta, puede buscar en los siguientes lugares:

- **Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos.**
 - La llamamos “**Lista de Medicamentos**”. Le explica:
 - Qué medicamentos pagamos
 - Si hay algún límite en los medicamentos
 - Si usted necesita una copia de nuestra **Lista de Medicamentos**, llame a Servicio al Cliente. También puede encontrar la copia más actualizada de nuestra **Lista de Medicamentos** en nuestro sitio web en **MyUHC.com/CommunityPlan**.
- **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.
 - Explica cómo obtener sus medicamentos con receta para pacientes ambulatorios a través de nuestro plan.
 - Incluye las reglas que usted debe seguir. También indica los tipos de medicamentos con receta que nuestro plan no cubre.
 - Cuando usted usa la “Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la **Sección B2** del **Capítulo 5**), el costo que aparece es en “tiempo real”, lo que significa que el costo que aparece en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar un cálculo aproximado de los gastos de su bolsillo que se espera que pague. Para obtener más información, puede llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.**

- En la mayoría de los casos, usted debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos. Las farmacias de la red son aquellas que aceptan trabajar con nosotros.
- El **Directorio de Proveedores y Farmacias** indica las farmacias de nuestra red. Para obtener más información sobre las farmacias de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Índice

A.	La Explicación de Beneficios (EOB)	165
B.	Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos	166
C.	Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo	168
D.	Vacunas	168
	D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna	168
	D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare.....	169

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. La Explicación de Beneficios (EOB)

Nuestro plan lleva un registro de sus medicamentos con receta. Llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Los **gastos de su bolsillo**. Esto es lo que usted paga, o lo que otros pagan en nombre de usted, por sus medicamentos con receta. Esto incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, cualquier pago por sus medicamentos realizado por el programa Ayuda Adicional de Medicare, planes de salud de empleadores o sindicatos, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de ayuda de medicamentos para el SIDA, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Ayuda para Medicamentos (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- Los **costos totales de sus medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Cuando usted obtiene medicamentos con receta a través de nuestro plan, le enviamos un resumen llamado **Explicación de Beneficios (EOB)**. La Explicación de Beneficios no es una factura. La Explicación de Beneficios tiene más información sobre los medicamentos que usted toma. La Explicación de Beneficios incluye:

- **Información del mes**. El resumen detalla qué medicamentos con receta usted obtuvo durante el mes anterior. Indica los costos totales de los medicamentos, lo que pagamos nosotros, así como lo que pagaron usted y otros que pagan por usted.
- **Información del año hasta la fecha**. Incluye los costos totales de sus medicamentos y los pagos totales realizados desde el 1 de enero.
- **Información sobre los precios de los medicamentos**. Este es el precio total del medicamento y cualquier cambio porcentual en el precio del medicamento desde el primer surtido.
- **Alternativas de menor costo**. Cuando están disponibles, aparecen en el resumen a continuación de sus medicamentos actuales. Usted puede hablar con el profesional que receta para saber más.

Ofrecemos cobertura de medicamentos que no están cubiertos por Medicare.

- Los pagos realizados por estos medicamentos no se toman en cuenta para alcanzar el total de gastos de su bolsillo.
- También pagamos algunos medicamentos sin receta. Usted no tiene que pagar nada por estos medicamentos.]

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

- Para saber qué medicamentos cubre nuestro plan, consulte nuestra Lista de Medicamentos. Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos con y sin receta están cubiertos por el beneficio del programa de medicamentos con receta de TennCare, llamado CoverRx. Estos medicamentos se incluyen en la **Lista de Medicamentos**.

B. Cómo llevar un registro de los costos de sus medicamentos

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que usted realiza, usamos los registros que recibimos de usted y de su farmacia. Usted puede ayudarnos de la siguiente manera:

1. Use su UCard de UnitedHealthcare.

Muestre su UCard® de UnitedHealthcare cada vez que surta una receta. Esto nos ayuda a saber qué recetas surte y lo que usted paga.

2. Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.

Entréguenos copias de los recibos de los medicamentos cubiertos que pagó. Puede pedirnos que le reembolsemos el costo del medicamento.

Las siguientes son algunas de las ocasiones en las que usted debe entregarnos copias de sus recibos:

- Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuentos que no forma parte del beneficio de nuestro plan
- Cuando paga un copago por medicamentos que obtiene conforme a un programa de asistencia a pacientes patrocinado por un fabricante de medicamentos
- Cuando compra medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red
- Cuando paga el precio total de un medicamento cubierto

Para obtener más información sobre cómo pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

3. Envíenos la información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.

Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de ayuda de medicamentos para el sida (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

4. Revise las Explicaciones de Beneficios que le enviamos.

Cuando reciba una Explicación de Beneficios por correo postal, asegúrese de que esté completa y sea correcta.

- **¿Reconoce el nombre de cada farmacia?** Revise las fechas. ¿Obtuvo medicamentos ese día?



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **¿Obtuvo los medicamentos que se indican?** ¿Coinciden con los que aparecen en sus recibos? ¿Coinciden con los medicamentos que le recetó su médico?

Para obtener más información, puede llamar a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) o leer la **Evidencia de Cobertura** de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web:

MyUHC.com/CommunityPlan

¿Qué puede hacer si encuentra errores en este resumen?

Si hay algo confuso o que no parece estar bien en esta Explicación de Beneficios, llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP). También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web: **MyUHC.com/CommunityPlan**

¿Qué se puede hacer ante un posible fraude?

Si este resumen muestra medicamentos que usted no está tomando o cualquier otra cosa que le parezca sospechosa, comuníquese con nosotros.

- Llámenos a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP).
- O llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Usted puede llamar a estos números sin costo, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Inspector General (Office of Inspector General, OIG) de TennCare al **1-800-433-3982** o
P.O. Box 282368
Nashville, TN 37228
- La unidad contra el fraude de Medicaid, la Oficina de Investigación de Tennessee (Tennessee Bureau of Investigation, TBI) al **1-800-433-5454** o
901 R.S. Glass Blvd
Nashville, TN 37216
- Fraude de miembros: **tn.gov/finance/fa-oig/fa-oig-report-fraud.html**
- Fraude de proveedores: **tn.gov/tenncare/fraud-and-abuse/program-integrity.html**

Si cree que hay un error o falta algo, o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

También puede encontrar respuestas a muchas preguntas en nuestro sitio web:

MyUHC.com/CommunityPlan. Asegúrese de guardar estas Explicaciones de Beneficios, ya que son un registro importante de sus gastos de medicamentos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C. Usted no paga nada por un suministro de medicamentos de un mes o a largo plazo

Con nuestro plan, usted no paga nada por medicamentos cubiertos siempre y cuando siga nuestras reglas. El plan dejará de usar el Diseño de Seguros Basados en Valores (Value-Based Insurance Design, VBID) de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare en 2025. Según sus requisitos de participación en TennCare, es posible que tenga que pagar un costo compartido por los medicamentos cubiertos por la Parte D. Dado que tiene los beneficios completos de TennCare, su costo compartido probablemente será \$0 de copago.

Consulte el **Capítulo 9** de la **Evidencia de Cobertura** para saber cómo presentar una apelación si le dicen que un medicamento no estará cubierto. Si desea más información sobre estas opciones de farmacias, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** y nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) al surtir su receta. Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. Un suministro a largo plazo no tiene ningún costo para usted.

Para obtener información detallada sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** o nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.

D. Vacunas

Mensaje Importante sobre lo que Usted Paga por las Vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B de Medicare. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D de Medicare para adultos sin costo para usted. Consulte la **Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)** de su plan o comuníquese con Servicio al Cliente para obtener información detallada sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D de Medicare tiene dos partes:

1. La primera parte de la cobertura corresponde al costo de la vacuna en sí. La vacuna es un medicamento con receta.
2. La segunda parte de la cobertura corresponde al costo de aplicarle la vacuna. Por ejemplo, a veces, es posible que su médico le aplique la inyección de una vacuna.

D1. Lo que debe saber antes de recibir una vacuna

Le recomendamos que llame a Servicio al Cliente si planea recibir una vacuna.

- Podemos describirle la forma en que nuestro plan cubre su vacuna.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D2. Lo que usted paga por una vacuna cubierta por la Parte D de Medicare

Lo que paga por una vacuna depende del tipo de vacuna (para qué es la vacuna).

- Algunas vacunas se consideran beneficios de salud en vez de medicamentos. Estas vacunas están cubiertas sin costo para usted. Para obtener información sobre la cobertura de estas vacunas, consulte la Tabla de Beneficios del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D de Medicare. Usted puede encontrar estas vacunas en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan. Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada **Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**, la vacuna no le costará nada a usted.

Las siguientes son tres formas habituales en las que podría recibir una vacuna de la Parte D de Medicare.

1. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia de la red y se la aplican allí mismo.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
2. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en el consultorio de su médico y su médico se la aplica.
 - Usted no paga nada al médico por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.
 - En esta situación, el consultorio médico debe llamar a nuestro plan para que podamos asegurarnos de que sepan que usted no tiene que pagar nada por la vacuna.
3. Usted obtiene la vacuna de la Parte D de Medicare en una farmacia y la lleva al consultorio de su médico para que se la aplique.
 - Por la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, usted no pagará nada por la vacuna en sí.
 - Por otras vacunas de la Parte D, usted no paga nada por la vacuna.
 - Nuestro plan paga el costo de la aplicación de la vacuna.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Capítulo 7

Cómo pedirnos que paguemos una factura que recibió por servicios o medicamentos cubiertos

Introducción

Este capítulo le explica cómo y cuándo enviarnos una factura para pedir un pago. También le explica cómo presentar una apelación si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos	172
B.	Cómo enviarnos una solicitud de pago	174
C.	Decisiones de cobertura	175
D.	Apelaciones	176

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Cómo pedirnos que paguemos sus servicios o medicamentos

Usted no debería recibir una factura por servicios o medicamentos dentro de la red. Los proveedores de nuestra red deben facturar al plan sus medicamentos y servicios cubiertos después de que usted los haya recibido. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con el plan de salud.

No permitimos que los proveedores de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) le facturen estos servicios o medicamentos. Nosotros les pagamos a nuestros proveedores directamente y le protegemos a usted de cualquier cargo.

Si recibe una factura por cuidado de la salud o medicamentos, no la pague y envíenosla. Para enviarnos una factura, consulte la **Sección B**.

- Si cubrimos los servicios o medicamentos, le pagaremos al proveedor directamente.
- Si cubrimos los servicios o los medicamentos y usted ya pagó la factura, tiene derecho a recibir un reembolso.
 - Si pagó servicios cubiertos por Medicare, le haremos un reembolso.
 - Si pagó servicios cubiertos por TennCare, no podemos hacerle un reembolso, pero el proveedor sí lo hará. Servicio al Cliente puede ayudarle a comunicarse con el consultorio del proveedor. Consulte el número de teléfono de Servicio al Cliente al final de la página.
- Si no cubrimos los servicios o medicamentos, se lo diremos.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio al Cliente o con su coordinador del cuidado de la salud. Si recibe una factura y no sabe qué hacer con ella, podemos ayudar. También puede llamar si desea darnos información sobre una solicitud de pago que ya nos ha enviado.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos pida que le hagamos un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

1. Cuando recibe cuidado de la salud de emergencia o requerido de urgencia de un proveedor fuera de la red

Pídale al proveedor que nos facture a nosotros.

- Si paga el total cuando recibe el cuidado, pídanos que le hagamos un reembolso. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor en la que se le pide un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.
 - Si se debe pagar al proveedor, le pagaremos directamente a él.
 - Si usted ya pagó el servicio de Medicare, le haremos un reembolso.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura

Los proveedores de la red siempre deben facturarnos a nosotros. Es importante que usted muestre su UCard de UnitedHealthcare cuando reciba cualquier servicio o medicamento con receta. Pero, en ocasiones, cometen errores y le piden a usted que pague sus servicios o que pague más que su parte de los costos. **Llame a Servicio al Cliente** o a su coordinador del cuidado de la salud al número que se encuentra al final de esta página **si recibe alguna factura**.

- Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted no es responsable de pagar ningún costo. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red, envíenos la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema.
- Si usted ya pagó una factura de un proveedor de la red por servicios cubiertos por Medicare, envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado. Le reembolsaremos el costo de sus servicios cubiertos.

3. Si su inscripción en nuestro plan es retroactiva

A veces, su inscripción en el plan puede ser retroactiva. (Esto significa que ha pasado el primer día de su inscripción. Incluso podría haber sido el año pasado.)

- Si se le inscribió retroactivamente y usted pagó una factura después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le hagamos un reembolso.
- Envíenos la factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si usa una farmacia fuera de la red, usted paga el costo total de su medicamento con receta.

- Solo cubriremos los medicamentos con receta surtidos en farmacias fuera de la red en algunos casos. Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo.
- Si desea más información sobre las farmacias fuera de la red, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su UCard de UnitedHealthcare

Si no lleva consigo su UCard de UnitedHealthcare, puede pedir a la farmacia que nos llame o que consulte su información de inscripción en el plan.

- Si la farmacia no puede obtener la información de inmediato, es posible que usted tenga que pagar de su bolsillo el costo total del medicamento con receta o volver a la farmacia con su UCard de UnitedHealthcare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo.
- Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta que no está cubierto

Es posible que pague el costo total de un medicamento con receta porque no está cubierto.

- Puede suceder que el medicamento no esté en nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos)** en nuestro sitio web o que tenga un requisito o una restricción que usted desconocía o que piensa que no se aplica a su caso. Si usted decide obtenerlo, es posible que deba pagar el costo total del medicamento.
 - Si no lo paga, pero piensa que deberíamos cubrirlo, puede solicitar una decisión de cobertura (consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**).
 - Si usted y su médico u otro profesional que receta piensan que usted necesita el medicamento inmediatamente (en un plazo no mayor de 24 horas), pueden solicitar una decisión de cobertura rápida (consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**).
- Cuando nos pida que le hagamos un reembolso, envíenos una copia de su recibo. En algunos casos, es posible que su médico u otro profesional que receta deba proporcionarnos más información para que le reembolsemos el costo del medicamento. Es posible que no le reembolsemos el costo total que pagó si el precio que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

Cuando nos envía una solicitud de pago, la revisamos y decidimos si el servicio o medicamento debería estar cubierto. A esto se le dice tomar una “decisión de cobertura”. Si decidimos que el servicio o medicamento debería estar cubierto, lo pagamos.

Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. Cómo enviarnos una solicitud de pago

Envíenos su factura y un comprobante de cualquier pago que haya realizado por servicios de Medicare, o llámenos. El comprobante de pago puede ser una copia del cheque que usted hizo o de un recibo del proveedor. **Es conveniente que haga una copia de su factura y de los recibos para su archivo personal. Usted debe presentarnos su reclamo de la Parte C (médico) en un plazo no mayor de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento. **Debe presentarnos su reclamo de la Parte D (medicamentos con receta) en un plazo no mayor de 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Para solicitar el pago y asegurarse de proporcionarnos toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo.

- No es necesario que use el formulario, pero nos ayuda a procesar la información con mayor rapidez.

Puede obtener el formulario en nuestro sitio web (**MyUHC.com/CommunityPlan**) o llamar a Servicio al Cliente para pedirlo.

Envíe por correo postal su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos a esta dirección:

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D:

UnitedHealthcare
P.O. Box 5290
Kingston, NY 12402-5290

Solicitudes de pago de reclamos médicos:

UnitedHealthcare
P.O. Box 5290
Kingston, NY 12402-5290

C. Decisiones de cobertura

Cuando recibimos su solicitud de pago, tomamos una decisión de cobertura. Esto significa que decidimos si nuestro plan cubre su servicio, artículo o medicamento. También decidimos lo que usted debe pagar, si corresponde.

- Si necesitamos que nos proporcione más información, le avisaremos.
- Si decidimos que nuestro plan cubre el servicio, artículo o medicamento, y usted siguió todas las reglas para recibirlo, lo pagaremos. Si usted ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos un cheque por correo postal por lo que pagó. Si pagó el costo total de un medicamento, es posible que no le reembolsen el total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado). Si no pagó, le pagaremos directamente al proveedor.

El **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura** explica las reglas para que sus servicios estén cubiertos. El **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** explica las reglas para que sus medicamentos con receta de la Parte D de Medicare estén cubiertos.

- Si decidimos no pagar el servicio o medicamento, le enviaremos una carta con los motivos. La carta también explica sus derechos a presentar una apelación.
- Si desea más información sobre las decisiones de cobertura, consulte el **Capítulo 9**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

D. Apelaciones

Si cree que cometimos un error al denegar su solicitud de pago, puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión. A esto se le dice “presentar una apelación”. Usted también puede presentar una apelación si no está de acuerdo con lo que pagamos.

El proceso de apelación formal tiene procedimientos y plazos detallados. Si desea más información sobre las apelaciones, consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**:

- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un servicio para el cuidado de la salud, consulte la **Sección F**.
- Para presentar una apelación relacionada con el reembolso del costo de un medicamento, consulte la **Sección G**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8

Sus derechos y responsabilidades

Introducción

Este capítulo incluye sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Debemos respetar sus derechos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades.....	180
B.	Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos	181
C.	Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)	182
	C1. Cómo protegemos su información de salud personal.....	182
	C2. Su derecho a consultar sus registros médicos	183
D.	Nuestra responsabilidad de proporcionarle información	191
E.	Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted	192
F.	Su derecho a dejar nuestro plan.....	192
G.	Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.....	192
	G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones	192
	G2. Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo	193
	G3. Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones.....	194
H.	Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones.....	194
	H1. Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos.....	194
I.	Sus responsabilidades como miembro del plan.....	195
	I1. Recuperación del Patrimonio.....	196
	I2. ¿Quién tiene que reembolsar a TennCare el pago de su cuidado?	197
	I3. ¿Por qué tipos de cuidado se debe reembolsar a TennCare?.....	197

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

14.	¿Cuánto se tendrá que reembolsar a TennCare de su patrimonio por el pago de su cuidado?.....	197
15.	Es posible que TennCare no tenga que solicitar la recuperación de su patrimonio si:.....	198
16.	¿Qué sucede si vendo o dono mi casa mientras estoy recibiendo TennCare?.....	198
17.	¿Cuáles son los motivos por los que TennCare puede demorar la recuperación del patrimonio?	198
18.	¿Cómo sabrá su familia si su patrimonio le adeuda dinero a TennCare?.....	199
19.	¿Qué ocurre si usted tiene que pagar a TennCare dinero de su patrimonio?.....	199

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. Su derecho a recibir servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le presten de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Cada año que usted esté inscrito en nuestro plan, debemos informarle sus derechos.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en otros idiomas además de inglés, incluso en español y en formatos como en letra grande, braille o en audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a:

UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) Customer Service Department
P.O. Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769

También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos sin costo si lo necesita. Se nos exige que le proporcionemos la información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted.

- Si el inglés no es su lengua materna, puede solicitar un intérprete cuando reciba cuidado. Este servicio es gratuito para usted. **Antes de su cita, llámenos o llame a su proveedor** para que pueda recibir ayuda con servicios en otros idiomas.
- También puede consultar nuestro **Directorio de Proveedores** para buscar médicos que hablen otros idiomas. Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente o visite el sitio web **myUHC.com/CommunityPlan**.
- También puede obtener ayuda gratuita para comunicarse con su médico, como un intérprete de lenguaje de señas, notas escritas o un guion gráfico. **Antes de su cita, llámenos o llame a su proveedor** para recibir esta ayuda.
- If English is not your first language, you can ask for an interpreter when you get your care. This is a free service for you. **Before your appointment, call us or your provider** so you can get help with language services.
- You can also check in our **Provider Directory** to find doctors who speak other languages.
- You can also get free help to communicate with your doctor like a sign language interpreter, writing notes, or a story board. **Before your appointment, call us or your provider** to get this help.

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad, y desea presentar una queja, llame:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- A Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- A la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare al **1-855-857-1673 (TRS 711)**. Para presentar una queja o si desea más información sobre sus derechos, visite **www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html**
- A la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para presentar una queja o si desea más información sobre sus derechos, visite: **www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html**

B. Nuestra responsabilidad de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derechos como miembro de nuestro plan.

- Tiene derecho a elegir un proveedor de cuidado primario (PCP) dentro de nuestra red. Un proveedor de la red es un proveedor que trabaja con nosotros. Puede encontrar más información sobre qué tipos de proveedores pueden actuar como proveedor de cuidado primario y cómo elegir uno en el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.
 - Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente, o consulte el **Directorio de Proveedores y Farmacias** si desea más información sobre los proveedores de la red y sobre qué médicos están aceptando nuevos pacientes.
- Usted tiene derecho a un especialista en salud de la mujer sin obtener una referencia. Una referencia es una aprobación de su proveedor de cuidado primario para usar otro proveedor.
- Usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos de proveedores de la red en un plazo razonable.
 - Esto incluye el derecho a recibir los servicios oportunos de especialistas.
 - Si no puede recibir servicios en un plazo razonable, debemos pagar el cuidado fuera de la red.
- Usted tiene derecho a recibir servicios para emergencias o cuidado requerido de urgencia sin una preaprobación (PA).
- Usted tiene derecho a que le surtan sus recetas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin largas demoras.
- Usted tiene derecho a saber cuándo puede usar un proveedor fuera de la red. Para obtener información sobre los proveedores fuera de la red, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.

El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica lo que puede hacer si usted cree que no está recibiendo sus servicios o medicamentos en un plazo razonable. También explica lo que puede hacer si denegamos la cobertura de sus servicios o medicamentos, y usted no está de acuerdo con nuestra decisión.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Cómo Recibir Cuidado Fuera del Horario de Atención

Si necesita hablar o hacer una consulta con su Proveedor de Cuidado Primario fuera del horario de atención del consultorio, llame al consultorio de su Proveedor de Cuidado Primario. El médico que esté de guardia le devolverá la llamada y le informará cómo proceder.

Si cree que no está recibiendo su cuidado médico o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le indica qué puede hacer.

C. Nuestra responsabilidad de proteger su información de salud personal (PHI)

Protegemos su información de salud personal según lo exigen las leyes federales y estatales.

Su información de salud personal incluye los datos que nos dio cuando se inscribió en nuestro plan. También incluye sus registros médicos y otra información médica y de salud.

Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se usa su información de salud personal. Nosotros le entregamos un aviso por escrito, que le informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud personal. El aviso se llama “Aviso de Prácticas de Privacidad”.

C1. Cómo protegemos su información de salud personal

Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización consulte ni modifique sus registros.

Excepto en los casos que se indican a continuación, no le damos su información de salud personal a nadie que no le proporcione o pague su cuidado. Si lo hacemos, primero debemos obtener su permiso por escrito. Usted, o alguien legalmente autorizado para tomar decisiones por usted, puede dar su permiso por escrito.

A veces, no necesitamos obtener primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones:

- Debemos divulgar información de salud personal a las agencias del gobierno que verifican la calidad del cuidado de nuestro plan.
- Debemos divulgar información de salud personal por orden judicial.
- Debemos dar su información de salud personal a Medicare. Si Medicare divulga su información de salud personal con fines de investigación o para otros usos, lo hace según las leyes federales. TennCare intercambia la información de salud personal bajo uso restringido y limitado para procesar y pagar reclamos, según las normas federales.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C2. Su derecho a consultar sus registros médicos

- Usted tiene derecho a consultar sus registros médicos y a obtener una copia de sus registros. Podemos cobrarle un cargo por hacer una copia de sus registros médicos.
- Usted tiene derecho a pedirnos que actualicemos o corrijamos sus registros médicos. Si nos pide esto, colaboramos con su proveedor de cuidado de la salud para decidir si se deben hacer los cambios.
- Usted tiene derecho a saber si compartimos su información de salud personal con terceros y de qué manera lo hacemos.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicio al Cliente.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

AVISOS DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DEL PLAN DE SALUD

ESTE AVISO DESCRIBE LA MANERA EN QUE SU INFORMACIÓN MÉDICA SE PUEDE USAR Y DIVULGAR, Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025

Por ley, debemos¹ proteger la privacidad de su información de salud (health information, “HI”). Debemos enviarle este aviso. Le explica:

- Cómo podemos usar su información de salud.
- Cuándo podemos compartir su información de salud con terceros.
- Qué derechos tiene usted para su información de salud.

Por ley, debemos cumplir las condiciones de nuestro aviso vigente.

La información de salud es información sobre su salud o sus servicios médicos. Tenemos derecho a hacer cambios en este aviso de prácticas de privacidad. Si hacemos cambios importantes, se lo notificaremos por correo postal o por correo electrónico. También publicaremos el nuevo aviso en nuestro sitio web. Todo cambio que hagamos en el aviso se aplicará a toda la información de salud que tenemos. Le notificaremos si ocurre una violación de su información de salud.

Cómo Recopilamos, Usamos y Compartimos Su Información

Recopilamos, usamos y compartimos su información de salud con:

- Usted o su representante legal o personal.
- Ciertas agencias del gobierno. Para verificar y asegurarnos de estar cumpliendo las leyes de privacidad.

Tenemos derecho a recopilar, usar y compartir su información de salud con ciertos fines. Esto puede ser para su tratamiento, para pagar su cuidado o para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Para Procesamiento de Pagos.** Para procesar pagos y pagar reclamos. Por ejemplo, podemos informar a un médico si pagaremos ciertos procedimientos médicos y el porcentaje de la factura que se podría cubrir.
- **Para Tratamientos o la Administración del Cuidado.** Para ayudarle con su cuidado. Por ejemplo, podemos compartir su información de salud con un hospital en el que usted se encuentre para ayudarles a proporcionarle cuidado médico.
- **Para Tareas Administrativas de Cuidado de la Salud.** Para llevar adelante nuestra actividad comercial. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para informarle sobre un programa especial de bienestar o para el manejo de enfermedades disponible para usted. Podemos analizar datos para mejorar nuestros servicios.
- **Para Informarle sobre Programas o Productos de Salud.** Podemos comunicarle sobre otros tratamientos, productos y servicios. Estas actividades pueden estar restringidas por la ley.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Para los Patrocinadores del Plan.** Si recibe el seguro de salud a través de su empleador, podemos proporcionarle información sobre su inscripción y sobre la cancelación de su inscripción, y un resumen de información de salud a su empleador. También podemos compartir con su empleador información de salud adicional si el empleador limita su uso como corresponde.
- **Para Fines de Suscripción.** Para tomar decisiones de suscripción del seguro de salud. No usaremos su información genética con fines de suscripción.
- **Para Recordatorios de Beneficios o Cuidado.** Podemos enviarle recordatorios de sus citas e información sobre sus beneficios de salud.
- **Para Enviarle Comunicaciones.** Podemos comunicarnos con usted sobre los pagos, el cuidado de la salud y los beneficios de su seguro de salud.

Podemos recopilar, usar y compartir su información de salud de la siguiente manera.

- **Según lo Exija la Ley.** Para cumplir las leyes que se nos aplican.
- **A las Personas Involucradas en Su Cuidado.** Un familiar u otra persona que le ayuda con su cuidado médico o paga su cuidado. También podría ser un familiar en una situación de emergencia. Por ejemplo, en el caso de que usted no pueda decirnos si podemos compartir o no su información de salud. Si no puede decirnos lo que desea, aplicaremos nuestro mejor criterio. Si está permitido, después de su fallecimiento, podemos compartir su información de salud con los familiares o amigos que ayudaron con su cuidado o pagaron su cuidado.
- **Para Actividades de Salud Pública.** Por ejemplo, para prevenir la propagación de enfermedades o informar problemas con productos o medicamentos.
- **Para Denunciar Abuso, Maltrato, Negligencia o Violencia Intrafamiliar.** Podemos compartir la información de salud solo con ciertas entidades autorizadas por ley a obtenerla. Estas entidades pueden ser agencias de servicios sociales o de protección.
- **Para Actividades de Supervisión de la Salud** a una agencia permitida por la ley para obtener la información de salud. Por ejemplo, para la concesión de licencias, para auditorías y para investigaciones de abuso y fraude.
- **Para Procedimientos Judiciales o Administrativos,** por ejemplo, para responder a una orden judicial o una citación legal.
- **Para Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para encontrar a una persona desaparecida o para denunciar un delito.
- **Por Amenazas contra la Salud o la Seguridad.** A agencias de salud pública o responsables de hacer cumplir la ley, por ejemplo, en una situación de emergencia o catástrofe.
- **Para Funciones del Gobierno.** Para uso militar o de veteranos, por seguridad nacional o para ciertos servicios de protección.
- **Para el Seguro de Accidentes Laborales.** Si se lesionó en el trabajo o para cumplir las leyes laborales.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

- **Para Investigación.** Por ejemplo, para estudiar una enfermedad. También podemos usar información de salud para ayudar a preparar un estudio de investigación.
- **Para Proporcionar Información sobre Personas Fallecidas.** Por ejemplo, a un médico forense o médico legista, que puede ayudar a identificar a la persona fallecida, a saber por qué murió o a cumplir ciertas leyes. También podemos compartir información de salud con los directores de funerarias.
- **Para el Trasplante de Órganos.** Por ejemplo, para ayudar a obtener, almacenar o trasplantar órganos, córneas o tejidos.
- **A Instituciones Correccionales o Responsables de Hacer Cumplir la Ley.** Para personas en custodia, por ejemplo: (1) para proporcionar cuidado de la salud; (2) para proteger su salud y la salud de los demás; y (3) para la seguridad de la institución.
- **A Nuestros Socios Comerciales.** Para prestarle servicios, si es necesario. Son compañías que nos prestan servicios y se comprometen a proteger su información de salud.
- **Otras Restricciones.** Las leyes federales y estatales pueden limitar aún más la manera en que podemos usar la información de salud que se indica a continuación. Cumpliremos las leyes más estrictas que se apliquen.
 1. Trastornos por consumo de sustancias y de alcohol
 2. Información biométrica
 3. Abuso, maltrato o negligencia de menores o adultos, incluso el abuso sexual
 4. Enfermedades contagiosas
 5. Información genética
 6. VIH/SIDA
 7. Salud mental
 8. Información de menores
 9. Recetas
 10. Salud reproductiva
 11. Enfermedades de transmisión sexual

Solo usaremos o compartiremos su información de salud según lo descrito en este aviso o con su consentimiento por escrito. Obtendremos su consentimiento por escrito para compartir notas de psicoterapia sobre usted, excepto en ciertos casos permitidos por la ley. Obtendremos su consentimiento por escrito para vender su información de salud a otras personas y para usar su información de salud en cierta correspondencia de marketing. Si nos da su consentimiento, puede retirarlo. Para saber cómo hacerlo, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID del seguro de salud.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Sus Derechos

Usted tiene los siguientes derechos para su información médica.

- **A pedirnos que limitemos** nuestro uso o divulgación para tratamientos, procesamiento de pagos o tareas administrativas de cuidado de la salud. Puede pedirnos que limitemos la divulgación a familiares u otras personas que ayudan con su cuidado o que pagan su cuidado. Podemos permitir a sus dependientes que soliciten límites. Trataremos de conceder su solicitud, pero no tenemos la obligación de hacerlo. Su solicitud para que limitemos nuestro uso o divulgación se debe presentar por escrito.
- **A pedir recibir comunicaciones confidenciales** de una manera o en un lugar diferente. Por ejemplo, en una casilla postal, en lugar de en su domicilio. Concederemos su solicitud según lo permitido por la ley estatal y federal. Aceptamos solicitudes verbales, pero podemos pedirle que confirme su solicitud por escrito. Usted puede cambiar su solicitud. Debe hacerlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación.
- **A consultar u obtener una copia de cierta información de salud.** Debe pedirlo por escrito. Envíe la solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si mantenemos estos registros en formato electrónico, usted puede solicitar una copia electrónica. Podemos enviarle un resumen. Podemos cobrarle las copias. Podemos denegar su solicitud. Si denegamos su solicitud, usted tiene derecho a solicitar que se revise la denegación.
- **A solicitar que se enmiende.** Si le parece que su información de salud es incorrecta o está incompleta, puede pedir que se la modifique. Debe pedirlo por escrito. Debe indicar las razones del cambio. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Envíe esta solicitud por correo postal a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, usted puede agregar una declaración de desacuerdo a su información de salud.
- **A recibir un informe** de cuándo compartimos su información de salud en los seis años anteriores a su solicitud. Esto no incluirá cuándo compartimos información de salud por los siguientes motivos. (i) Para tratamientos, procesamiento de pagos y tareas administrativas de cuidado de la salud; (ii) con usted o con su consentimiento; (iii) con instituciones correccionales o responsables de hacer cumplir la ley. Tampoco indicará las divulgaciones de información de las que la ley federal no nos exige realizar un seguimiento.
- **A obtener una copia impresa de este aviso.** Puede pedir una copia impresa en cualquier momento. También puede obtener una copia en nuestro sitio web.
- En ciertos estados, usted puede tener derecho a pedir que borremos su información de salud. Según el lugar en donde usted viva, es posible que pueda pedirnos que borremos su información de salud. Responderemos a su solicitud en el plazo en que debemos hacerlo conforme a la ley. Si no podemos hacerlo, le avisaremos. En ese caso, usted puede escribirnos para indicarnos por qué no está de acuerdo y enviarnos la información correcta.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Cómo Ejercer Sus Derechos

- **A Comunicarse con su Plan de Salud.** Si tiene preguntas sobre este aviso o si desea hacer valer sus derechos, llame al número de teléfono que se encuentra en su tarjeta de ID. O puede comunicarse con el Centro de Llamadas de UnitedHealth Group al **1-800-690-1606**, o al TTY/RTT **711**.
- **A Presentar una Solicitud por Escrito.** Envíela por correo postal a:
United Healthcare Privacy Office
MN017-E300
PO Box 1459
Minneapolis MN 55440
- **A Presentar una Queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja a la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. No tomaremos ninguna medida en su contra por presentar una queja.

¹Este Aviso de Prácticas de Privacidad de la Información Médica se aplica a los planes de salud que están afiliados a UnitedHealth Group. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan).

AVISO DE PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y COMPARTIR SU INFORMACIÓN FINANCIERA. LÉALO DETENIDAMENTE.

En vigencia desde el 1 de enero de 2025

Protegemos² su “información financiera (financial information, “FI”) personal”. La información financiera no es información de salud. La información financiera le identifica y generalmente no es de dominio público.

Información que Recopilamos

- Obtenemos información financiera de sus solicitudes o formularios. Por ejemplo, su nombre, dirección, edad y número del Seguro Social.
- Obtenemos información financiera de sus transacciones con nosotros o con terceros. Puede incluir datos del pago de primas.

Cómo Compartimos Su Información Financiera

Solo compartiremos información financiera según lo permita la ley.

Podemos compartir su información financiera para llevar adelante nuestra actividad comercial. Podemos compartir su información financiera con nuestras compañías afiliadas. No necesitamos su consentimiento para hacerlo.

- Podemos compartir su información financiera para procesar transacciones.
- Podemos compartir su información financiera para mantener sus cuentas.
- Podemos compartir su información financiera para responder a órdenes judiciales e investigaciones legales.
- Podemos compartir su información financiera con compañías que preparan nuestros materiales de marketing.

Confidencialidad y Seguridad

Limitamos el acceso de empleados y proveedores de servicios a su información financiera. Contamos con medidas de seguridad para proteger su información financiera.

Preguntas sobre Este Aviso

Llame al número de teléfono gratuito para miembros que se encuentra en su tarjeta de ID del plan de salud o comuníquese con el Centro de Llamadas del Cliente de UnitedHealth Group al **1-800-690-1606**, o al TTY/RTT **711**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

²A efectos de este Aviso de Privacidad de la Información Financiera, “nosotros” o “nos” hacen referencia a los planes de salud afiliados a UnitedHealth Group, y a las siguientes compañías afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation.; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc. Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of NJ, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Holdings, Inc.; Level2 Health Management, LLC; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Health Care Solutions, Inc.; Optum Health Networks, Inc.; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Plans LLC; Physician Alliance of the Rockies, LLC; POMCO Network, Inc.; POMCO, Inc.; Real Appeal, LLC; Solstice Administrators of Alabama, Inc.; Solstice Administrators of Missouri, Inc.; Solstice Administrators of North Carolina, Inc.; Solstice Administrators, Inc.; Solstice Benefit Services, Inc.; Solstice of Minnesota, Inc.; Solstice of New York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holdings, Inc.; UHIC Holdings, Inc.; UMR, Inc.; United Behavioral Health; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; UnitedHealth Advisors, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Urgent Care MSO, LLC; USHEALTH Administrators, LLC; y USHEALTH Group, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de la Información Financiera solamente se aplica donde lo exige la ley. En particular, no se aplica a (1) los productos de seguros de cuidado de la salud ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Life Insurance Company, Inc.; ni a (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados en los que hay excepciones. Para obtener una lista actual de los planes de salud sujetos a este aviso, visite <https://www.uhc.com/privacy/entities-fn-v2>.

© 2024 United HealthCare Services, Inc.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.uhc.com/CommunityPlan)**.

D. Nuestra responsabilidad de proporcionarle información

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a que le proporcionemos información sobre nuestro plan, los proveedores de nuestra red y sus servicios cubiertos.

Si no habla inglés, tenemos servicios de interpretación para responder preguntas que tenga sobre nuestro plan. Para obtener un intérprete, llame a Servicio al Cliente. Este servicio es gratuito para usted. También podemos proporcionarle información en letra grande, braille o en audio. Si usted desea obtener información sobre algo de lo siguiente, llame a Servicio al Cliente:

- Cómo elegir o cambiar un plan
- Nuestro plan, incluido lo siguiente:
 - información financiera
 - cómo nos han calificado los miembros del plan
 - el número de apelaciones presentadas por los miembros
 - cómo dejar nuestro plan
- Los proveedores y las farmacias de nuestra red, incluido lo siguiente:
 - cómo elegir o cambiar un proveedor de cuidado primario
 - títulos académicos y habilitaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red
 - cómo pagamos a los proveedores dentro de nuestra red
- Los servicios y medicamentos cubiertos, que incluyen:
 - servicios (consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Evidencia de Cobertura**) y medicamentos (consulte los **Capítulos 5 y 6** de su **Evidencia de Cobertura**) cubiertos por nuestro plan
 - límites en su cobertura y sus medicamentos
 - reglas que usted debe seguir para recibir servicios y medicamentos cubiertos
- Por qué algo no está cubierto y qué puede hacer usted al respecto (consulte el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura**), lo que incluye pedirnos que:
 - pongamos por escrito por qué algo no está cubierto
 - cambiemos una decisión que tomamos
 - paguemos una factura que usted recibió



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

E. Imposibilidad de que los proveedores de la red le facturen directamente a usted

Los médicos, hospitales y otros proveedores dentro de nuestra red no pueden hacerle pagar servicios cubiertos. Tampoco pueden facturarle el saldo ni cobrarle si nosotros pagamos menos de lo que cobraron los proveedores. Para saber qué puede hacer si un proveedor de la red intenta cobrarle servicios cubiertos, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

F. Su derecho a dejar nuestro plan

Nadie puede obligarle a quedarse en nuestro plan si usted no lo desea.

- Usted tiene derecho a recibir la mayoría de sus servicios para el cuidado de la salud a través de Medicare Original u otro plan Medicare Advantage (MA).
- Puede obtener sus beneficios de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare a través de un plan de medicamentos con receta o de otro plan Medicare Advantage.
- Consulte el **Capítulo 10** de su **Evidencia de Cobertura**:
 - Para obtener más información sobre cuándo puede inscribirse en un nuevo plan de beneficios de medicamentos con receta o Medicare Advantage.
 - Para obtener información sobre cómo recibirá sus beneficios de TennCare si deja nuestro plan.

G. Su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a recibir información completa de parte de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud que le ayude a tomar decisiones sobre el cuidado de su salud.

G1. Su derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a tomar decisiones

Sus proveedores deben explicarle su enfermedad y sus opciones de tratamiento de una manera que usted pueda comprender. Usted tiene derecho a:

- **Conocer sus opciones.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado. Debemos informarle por anticipado si algún servicio o tratamiento es parte de un experimento de investigación. Usted tiene derecho a rechazar tratamientos experimentales.
- **Obtener una segunda opinión.** Usted tiene derecho a usar otro médico antes de tomar una decisión sobre un tratamiento.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Negarse.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento. Esto incluye el derecho a dejar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. Usted tiene derecho a dejar de tomar un medicamento recetado. Si se niega a recibir un tratamiento o si deja de tomar un medicamento recetado, no le daremos de baja de nuestro plan. Sin embargo, si se niega a recibir un tratamiento o deja de tomar un medicamento, usted asume plena responsabilidad de lo que le suceda.
- **Pedirnos una explicación de por qué un proveedor se negó a atenderle.** Usted tiene derecho a recibir una explicación de nuestra parte si un proveedor le denegó el cuidado que usted piensa que debería recibir.
- **Solicitar que cubramos un servicio o medicamento que le denegamos o que generalmente no cubrimos.** A esto se le llama decisión de cobertura. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

G2. Su derecho a decir lo que desea que se haga si no puede tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas. Antes de que le ocurra esto, usted puede:

- Llenar un formulario por escrito para **otorgarle a otra persona el derecho a tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por usted.**
- **Proporcionar a sus médicos instrucciones por escrito** sobre el manejo del cuidado de su salud si en algún momento usted no puede tomar decisiones por sí mismo, incluso sobre el cuidado que usted no desea.

El documento legal que usted usa para dar las instrucciones se llama “instrucciones por anticipado”. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y tienen distintos nombres. Por ejemplo, hay un testamento vital y un poder legal para el cuidado de la salud.

Usted no está obligado a tener instrucciones por anticipado, pero puede hacerlo. Si desea usar instrucciones por anticipado, tiene que hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede pedirle el formulario a su médico, a un abogado, a una agencia de servicios legales o a un trabajador social. Las farmacias y los consultorios de los proveedores suelen tener los formularios. Usted puede encontrar un formulario gratuito en Internet y descargarlo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para pedir el formulario.
- **Llene el formulario y fírmelo.** El formulario es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado o alguien de su confianza, como un familiar o su proveedor de cuidado primario, le ayude a llenarlo.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Entregue copias a las personas que deban tener conocimiento.** Debería entregarle una copia del formulario a su médico. También debería darle una copia a la persona que usted nombre para que tome decisiones por usted. Sería conveniente que distribuya copias a sus amigos íntimos o a sus familiares. Guarde una copia en su domicilio.
- Si usted será hospitalizado y tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, **lleve una copia con usted al hospital.**
 - En el hospital, le preguntarán si tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado y si lo tiene con usted.
 - Si no tiene un formulario de instrucciones por anticipado firmado, el hospital tiene formularios y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted tiene derecho a:

- Pedir que se incluyan sus instrucciones por anticipado en sus registros médicos.
- Cambiar o cancelar sus instrucciones por anticipado en cualquier momento.

Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

G3. Qué puede hacer si no se siguen sus instrucciones

Si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y cree que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones del formulario, usted puede presentar una queja ante el Departamento de Salud de su estado.

H. Su derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestras decisiones

El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** le explica lo que usted puede hacer si tiene algún problema o inquietud sobre su cuidado o sus servicios cubiertos. Por ejemplo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para que cambiemos una decisión de cobertura o presentar una queja.

Usted tiene derecho a obtener información sobre las apelaciones y quejas que otros miembros del plan presentaron contra nosotros. Llame a Servicio al Cliente para obtener esta información.

Usted tiene derecho a hacer recomendaciones con respecto a la norma de la organización sobre los derechos y responsabilidades de los miembros.

H1. Qué puede hacer en caso de trato injusto o para obtener más información sobre sus derechos

Si usted cree que le tratamos injustamente — y no es un asunto de discriminación por los motivos que se indican en el **Capítulo 11** de su **Evidencia de Cobertura** — o si desea obtener más información sobre sus derechos, puede llamar:

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- A Servicio al Cliente.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee al **1-877-801-0044**. Para obtener más información detallada sobre el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee, consulte el **Capítulo 2**.
- Al Programa del Ombudsman al **1-877-236-0013** o al **615-532-3893** (TDD). Para obtener más información detallada sobre este programa, consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.

A Medicare 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**. (También puede leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones en Medicare”, que se encuentra en el sitio web de Medicare en [es.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-S-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).)

I. Sus responsabilidades como miembro del plan

Como miembro del plan, usted tiene la responsabilidad de hacer lo que se indica a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio al Cliente.

- **Leer la Evidencia de Cobertura** para saber qué cubre nuestro plan y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos cubiertos. Para obtener información detallada sobre sus:
 - Servicios cubiertos, consulte los **Capítulos 3 y 4** de su **Evidencia de Cobertura**. Estos capítulos explican qué está cubierto, qué no está cubierto, qué reglas debe seguir y lo que usted paga.
 - Medicamentos cubiertos, consulte los **Capítulos 5 y 6** de su **Evidencia de Cobertura**.
- **Informarnos sobre cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos con receta** que tenga. Debemos asegurarnos de que usted use todas sus opciones de cobertura cuando reciba cuidado de la salud. Si usted tiene otra cobertura, llame a Servicio al Cliente.
- **Informar a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud** que usted es miembro de nuestro plan. Muestre su UCard de UnitedHealthcare cuando reciba servicios o medicamentos.
- **Ayudar a sus médicos** y otros proveedores de cuidado de la salud a proporcionarle el mejor cuidado.
 - Deles la información que necesiten sobre usted y sobre su salud. Aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud. Siga los planes e instrucciones de tratamiento que usted y sus proveedores acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos y otros proveedores sepan todos los medicamentos que usted toma. Esto incluye medicamentos con receta, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

- Haga todas las preguntas que tenga. Sus médicos y otros proveedores deben explicarle las cosas de una manera que usted pueda comprender. Si hace una pregunta y no comprende la respuesta, vuelva a preguntar.
- **Ser considerado.** Esperamos que todos los miembros del plan respeten los derechos de los demás. También esperamos que usted actúe con respeto en el consultorio de su médico, en los hospitales y en los consultorios de otros proveedores.
- **Las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare.** Para la mayoría de los miembros de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP), TennCare paga la prima de la Parte A de Medicare y la prima de la Parte B de Medicare.
 - **Si usted recibe algún servicio o medicamento que no está cubierto por nuestro plan, debe pagar el costo total.** (Nota: Si no está de acuerdo con nuestra decisión de no cubrir un servicio o medicamento, usted puede presentar una apelación. Consulte el **Capítulo 9** para saber cómo presentar una apelación.)
- **Avisarnos si se muda.** Si planea mudarse, avísenos inmediatamente. Llame a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente.
 - **Si usted se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir en nuestro plan.** Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden ser miembros de este plan. El **Capítulo 1** de su **Evidencia de Cobertura** explica nuestra área de servicio.
 - Podemos ayudarle a saber si usted se mudará fuera de nuestra área de servicio. Durante un período de inscripción especial, usted puede cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos con receta de Medicare en su nuevo sitio. Podemos informarle si tenemos un plan en su nueva área.
 - Informe su nueva dirección a Medicare y a TennCare cuando se mude. Consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura** para ver los números de teléfono de Medicare y de TennCare
 - **Si se muda, pero sigue estando dentro de nuestra área de servicio, también debemos saberlo.** Necesitamos mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Llamar a su coordinador del cuidado de la salud o a Servicio al Cliente para recibir ayuda si tiene preguntas o inquietudes.**

11. Recuperación del Patrimonio

La recuperación del patrimonio es la forma en que TennCare recauda dinero de los herederos de las personas que recibieron apoyos y servicios a largo plazo de TennCare y fallecieron. La ley federal obliga a TennCare a recuperar estos pagos después del fallecimiento del miembro. Esto se conoce como “recuperación del patrimonio”. A continuación se indican los tipos de cuidado cuyo pago se debe recuperar.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Su “patrimonio” son los bienes, las pertenencias, el dinero y otros activos que usted posee en el momento de su fallecimiento. La recuperación del patrimonio usa el valor de sus bienes después de su fallecimiento para devolver a TennCare el pago del cuidado que usted recibió. Siga leyendo para saber quién tiene que reembolsar a TennCare y cuánto se tendrá que recuperar de su patrimonio.

TennCare no puede pedir el reembolso del dinero hasta **después** de su fallecimiento. TennCare no puede pedir que se le reembolse más dinero del que se haya pagado. TennCare no puede pedirle a su familia que pague de su bolsillo el cuidado que usted recibió.

Si en el momento de su fallecimiento el valor de todos sus bienes es menor que la factura de TennCare, TennCare solamente tiene permitido recuperar el valor de sus bienes y no más que eso. Por ejemplo, si lo único que posee en el momento de su fallecimiento es una casa valorada en \$50,000, pero TennCare tiene una factura de \$75,000, TennCare solo tienen permitido recuperar \$50,000. TennCare no puede pedirle a su familia que pague la cantidad restante.

12. **¿Quién tiene que reembolsar a TennCare el pago de su cuidado?**

TennCare **debe** solicitar el reembolso del dinero que gastó en su cuidado si usted es mayor de 55 años y recibió cuidado dentro de un asilo de convalecencia o un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales (intermediate care facility for individuals with intellectual disabilities, ICF/IID), cuidado a domicilio — llamado servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS), asistencia médica a domicilio o servicios de enfermería privada.

13. **¿Por qué tipos de cuidado se debe reembolsar a TennCare?**

TennCare **debe** solicitar el reembolso de lo siguiente:

- Cuidado dentro de un asilo de convalecencia o un centro de cuidado intermedio para personas con discapacidades intelectuales.
- Cuidado a domicilio, conocido como servicios a domicilio y en la comunidad (HCBS).
- Asistencia médica a domicilio o servicios de enfermería privada.
- Cuidado hospitalario y medicamentos con receta relacionados con sus servicios para el cuidado a largo plazo.

14. **¿Cuánto se tendrá que reembolsar a TennCare de su patrimonio por el pago de su cuidado?**

Para proporcionar cuidado a largo plazo, TennCare tiene un contrato con una compañía de seguros de salud (también llamada “organización de cuidado administrado” [“MCO”]). Cuando alguien recibe TennCare, TennCare paga una prima mensual a la compañía de seguros. La prima mensual se llama “tarifa de capitación”. A cambio, la compañía de seguros paga al proveedor de cuidado de la salud (como un centro de enfermería u otra entidad que proporciona cuidado

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

a largo plazo en el domicilio o en la comunidad) por el cuidado de la persona. Conforme a la ley federal, TennCare debe solicitar el reembolso del pago de la prima que se realizó a la compañía de seguros por usted.

El pago de la prima que se realiza a la compañía de seguros es el mismo todos los meses, sin importar los servicios que usted realmente reciba en ese mes. El pago de la prima también puede ser diferente según el tipo de cuidado a largo plazo que usted reciba y la parte del estado en la que viva.

15. Es posible que TennCare no tenga que solicitar la recuperación de su patrimonio si:

- Usted no tiene dinero, bienes ni otros activos cuando fallece o
- Las cosas que usted dejó no se pueden usar para pagarles a sus deudores a través de un tribunal sucesorio. Por ejemplo, el dinero de un seguro de vida.

16. ¿Qué sucede si vendo o dono mi casa mientras estoy recibiendo TennCare?

Usted debe informar a TennCare que vendió o donó su casa, lo que puede afectar sus requisitos de participación en TennCare. También debe informar a TennCare cualquier transferencia realizada cinco años antes de recibir TennCare. Si no les informa de la transferencia, pueden anularla y pedir el reembolso del pago de su patrimonio, a familiares o a cualquier otra persona que haya participado en la transferencia.

17. ¿Cuáles son los motivos por los que TennCare puede demorar la recuperación del patrimonio?

En algunas situaciones, la recuperación del patrimonio se demora o “difiere”, lo que significa que TennCare no irá por su patrimonio hasta una fecha posterior. TennCare difiere la recuperación del patrimonio de una persona cuando:

- Usted tiene un cónyuge sobreviviente. TennCare no puede recuperar el dinero de su patrimonio hasta el fallecimiento de su cónyuge.
- Usted tiene un hijo menor de 21 años. TennCare no puede recuperar el dinero de su patrimonio hasta que su hijo sea mayor de 21 años.
- Usted tiene un hijo ciego o que tiene una discapacidad permanente. TennCare no puede iniciar la recuperación hasta el fallecimiento del hijo discapacitado.
- Usted tiene un hijo o una hija cuyo cuidado le permitió mantenerse fuera del asilo de convalecencia durante **al menos** dos años. TennCare no puede recuperar el dinero de su patrimonio hasta que su hijo o hija deje de vivir en la propiedad.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Su hermano o hermana cuyo cuidado le permitió mantenerse fuera del asilo de convalecencia vivió en su domicilio durante un año **antes** de que usted fuera a un asilo de convalecencia o recibiera cuidado a domicilio. Si el hermano o la hermana fallece o ya no vive en la propiedad, el diferimiento deja de existir.
- Si la propiedad es el único ingreso de la familia, como una granja familiar.

18. ¿Cómo sabrá su familia si su patrimonio le adeuda dinero a TennCare?

Para saber si el patrimonio le adeuda dinero a TennCare, su familia o representante debe presentar un Formulario de Solicitud de Eximición a TennCare de una de estas tres maneras:

Obtenga el Formulario de Solicitud de Eximición en Internet en: tn.gov/content/dam/tn/tenncare/documents/releaseform.pdf

- Pida el Formulario de Solicitud de Eximición a la oficina administrativa del tribunal sucesorio mediante una Solicitud de Eximición de Recuperación del Patrimonio (“Request for Release from Estate Recovery”).
- Pida el formulario de Solicitud de Eximición a TennCare mediante el envío de un fax al: 615-413-1941 o envíe una carta a
Division of TennCare Estate Recovery Unit
310 Great Circle Rd. 4th floor
Nashville, TN 37243

19. ¿Qué ocurre si usted tiene que pagar a TennCare dinero de su patrimonio?

Su familia o representante tiene muchas opciones si hay un reclamo de TennCare:

- Pueden pagar el reclamo de TennCare con sus pertenencias restantes
- Su patrimonio puede ser admitido a “Sucesión”. Cuando esto ocurre, un tribunal nombra a una persona conocida como administrador (o, si usted tiene un testamento, esta persona se conoce como albacea) para que venda sus bienes, pague las deudas que usted haya podido tener en vida y entregue a sus herederos los bienes o el dinero restante, si es que queda algo. Su familia o TennCare pueden solicitar que se nombre un administrador de su patrimonio.

Esa persona puede solicitar un diferimiento de la recuperación del patrimonio.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Capítulo 9

Qué puede hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Introducción

Este capítulo contiene información sobre sus derechos. Lea este capítulo para saber lo que puede hacer si:

- Tiene un problema con su plan o una queja sobre este.
- Necesita un servicio, artículo o medicamento que su plan le ha dicho que no pagará.
- No está de acuerdo con una decisión que su plan tomó sobre su cuidado.
- Cree que sus servicios cubiertos terminarán demasiado pronto.

Este capítulo está dividido en diferentes secciones para ayudarle a encontrar fácilmente lo que está buscando. **Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación.**

A.	Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud	203
	A1. Información sobre los términos legales	203
B.	Dónde recibir ayuda	203
	B1. Para obtener más información y ayuda.....	203
C.	Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y TennCare en nuestro plan	204
D.	Problemas con sus beneficios.....	205
E.	Decisiones de cobertura y apelaciones.....	205
	E1. Decisiones de cobertura.....	205
	E2. Apelaciones	206
	E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones	207
	E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle	207
F.	Cuidado médico	208
	F1. Cómo usar esta sección	208
	F2. Cómo solicitar una decisión de cobertura	209
	F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	211

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F4.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	214
F5.	Problemas de pago.....	221
G.	Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare	221
G1.	Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare	222
G2.	Excepciones de la Parte D de Medicare	223
G3.	Información importante sobre la solicitud de una excepción	224
G4.	Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción	225
G5.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	227
G6.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	229
H.	Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada.....	231
H1.	Cómo se enterará de sus derechos de Medicare	231
H2.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	232
H3.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	234
I.	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos	235
I1.	Aviso antes de que termine su cobertura	235
I2.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 1	236
I3.	Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	238
J.	Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2	238
J1.	Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare	238
J2.	Apelaciones adicionales de TennCare.....	240
J3.	Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare.....	240
K.	Cómo presentar una queja	242
K1.	Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas.....	242
K2.	Quejas internas.....	244
K3.	Quejas externas.....	245



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

A. Qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica cómo resolver problemas e inquietudes. El proceso que usted debe usar depende del tipo de problema que tenga. Use un proceso para **decisiones de cobertura y apelaciones**, y otro para **presentar quejas**, también llamadas quejas formales.

Para asegurar la imparcialidad y la rapidez, cada proceso tiene una serie de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir nosotros y usted.

A1. Información sobre los términos legales

En este capítulo, hay términos legales para algunas reglas y plazos. Dado que muchos de estos términos pueden ser difíciles de comprender, usamos palabras más simples en lugar de ciertos términos legales cuando podemos. También usamos la menor cantidad de siglas posible.

Por ejemplo, decimos:

- Presentar una queja en lugar de presentar una queja formal
- Decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización, determinación de beneficios, determinación en riesgo o determinación de cobertura
- Decisión de cobertura rápida en lugar de determinación rápida
- Organización de Revisión Independiente (IRO) en lugar de Entidad de Revisión Independiente (Independent Review Entity, IRE)

Conocer los términos legales correctos puede ayudarle a comunicarse con mayor claridad, por eso también se los proporcionamos.

B. Dónde recibir ayuda

B1. Para obtener más información y ayuda

A veces, es complicado iniciar o seguir el proceso para tratar un problema. Esto puede ser especialmente cierto si usted no se siente bien o tiene poca energía. Otras veces, puede suceder que usted no tenga la información necesaria para dar el próximo paso.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Ayuda de parte del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP)

Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee. Los asesores de dicho programa pueden responder sus preguntas y explicarle qué hacer con respecto a su problema. El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Este programa cuenta con asesores capacitados en cada condado, y los servicios son gratuitos. El número de teléfono del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee es el **1-877-801-0044**.

Ayuda e información de parte de Medicare

Para obtener más información y ayuda, puede comunicarse con Medicare. A continuación, encontrará dos maneras de recibir ayuda de Medicare:

- Llamar 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**.
- Visitar el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://www.medicare.gov)).

Ayuda e información de parte de TennCare

Llame a TennCare al **1-855-259-0701** o al **1-800-848-0298** (TTY).

C. Explicación de las quejas y apelaciones de Medicare y TennCare en nuestro plan

Usted tiene Medicare y TennCare. La información de este capítulo se aplica a todos sus beneficios de Medicare y de TennCare. A veces, se le llama “proceso integrado” porque combina, o integra, los procesos de Medicare y de TennCare.

En ocasiones, los procesos de Medicare y de TennCare no se pueden combinar. En esas situaciones, se usa un proceso para un beneficio de Medicare y otro proceso para un beneficio de TennCare. La **Sección F4** explica estas situaciones.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

D. Problemas con sus beneficios

Si tiene un problema o una inquietud, lea las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La siguiente tabla le ayuda a encontrar la sección correcta de este capítulo para sus problemas o sus quejas.

¿Su problema o inquietud es sobre sus beneficios o su cobertura?

Esto incluye los problemas sobre si el cuidado médico en particular (artículos o servicios médicos, o medicamentos con receta de la Parte B) tiene cobertura o no, y la manera en que está cubierto, así como los problemas sobre el pago del cuidado médico.

Sí.

Mi problema es sobre beneficios o cobertura.

Consulte la **Sección E**, “Decisiones de cobertura y apelaciones”.

No.

Mi problema no es sobre beneficios ni cobertura.

Consulte la **Sección K**, “Cómo presentar una queja”.

E. Decisiones de cobertura y apelaciones

El proceso para solicitar una decisión de cobertura y presentar una apelación trata los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su cuidado médico (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar, generalmente nos referimos a los artículos y servicios médicos, y medicamentos con receta de la Parte B como **cuidado médico**.

E1. Decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos relacionada con sus beneficios y su cobertura, o con lo que pagamos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, si su proveedor de la red del plan le refiere a un especialista médico fuera de la red, esta referencia se considera una decisión favorable, a menos que su proveedor de la red pueda demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para ese especialista médico o que el servicio al que le refirieron no tiene cobertura en ningún caso (consulte la Sección H del **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**).

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura. Es posible que usted o su médico no estén seguros de si cubrimos un servicio médico específico o de si podemos negarnos a proporcionarle el cuidado médico que usted cree que necesita. **Si usted desea saber si cubriremos un servicio médico antes de recibirlo, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.**

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que tiene cobertura para usted y lo que pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o que ya no se lo cubre Medicare ni TennCare. Si usted no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

E2. Apelaciones

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está satisfecho con esta decisión, puede “apelarla”. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado.

Si usted apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si seguimos todas las reglas correctamente. Los revisores que se encargan de su apelación no son los mismos que tomaron la decisión desfavorable original.

Cuando terminamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que se explican más adelante en este capítulo, usted puede solicitar una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” de una decisión de cobertura.

Si **Denegamos** de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviaremos una carta. Si su problema es sobre la cobertura de cuidado médico de Medicare, la carta le indicará que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente (IRO) para una Apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de la Parte D de Medicare o de TennCare, la carta le indicará cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por TennCare, la carta le dará información sobre ambos tipos de Apelaciones de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo cubierto tanto por Medicare como por TennCare, la carta le dará información sobre ambos tipos de apelaciones de Nivel 2.

Si usted no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan.**

E3. Ayuda con las decisiones de cobertura y las apelaciones

Puede pedir ayuda a cualquiera de los siguientes:

- **Servicio al Cliente** a los números que se encuentran al final de la página.
- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP) al **1-877-801-0044**
- **A su médico u otro proveedor.** Su médico u otro proveedor pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación en nombre de usted.
- **A un amigo o un familiar.** Puede nombrar a otra persona para que actúe como su “representante” y solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
- **A un abogado.** Usted tiene derecho a un abogado, pero **no está obligado a tener uno** para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Llame a su propio abogado u obtenga el nombre de un abogado en el colegio de abogados local o en otro servicio de referencias. Algunas asociaciones legales le prestarán servicios legales gratuitos si usted califica.

Llene el formulario de Nombramiento de un Representante si desea que un abogado u otra persona actúe como su representante. El formulario autoriza a una persona a actuar por usted.

Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página y pida el formulario de “Nombramiento de un Representante”. También puede obtener el formulario en **cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf**. **Usted debe entregarnos una copia del formulario firmado.**

E4. Qué sección de este capítulo puede ayudarle

Hay cuatro situaciones que implican decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene reglas y plazos diferentes. Proporcionamos información detallada de cada una en una sección aparte de este capítulo. Consulte la sección que corresponda:

- **Sección F**, “Cuidado médico”
- **Sección G**, “Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare”
- **Sección H**, “Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada”
- **Sección I**, “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos” (Esta sección solamente se aplica a los siguientes servicios: cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro para Rehabilitación Integral de Pacientes Ambulatorios [CORF].)

Si no está seguro de qué sección usar, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F. Cuidado médico

Esta sección explica lo que usted puede hacer si tiene problemas para obtener cobertura de cuidado médico o si desea que le reembolsemos el costo de su cuidado.

Esta sección trata de sus beneficios de cuidado médico, que se describe en el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**. En algunos casos, se pueden aplicar diferentes reglas a un medicamento con receta de la Parte B de Medicare. En esos casos, explicamos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare de las reglas para los artículos y servicios médicos.

F1. Cómo usar esta sección

Esta sección explica lo que puede hacer en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted cree que cubrimos el cuidado médico que necesita, pero que no está recibiendo.

Lo que puede hacer: Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Consulte la **Sección F2**.

2. No aprobamos el cuidado médico que su médico u otro proveedor de cuidado de la salud desean proporcionarle, y usted cree que deberíamos hacerlo.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión. Consulte la **Sección F3**.

3. Usted recibió cuidado médico que cree que cubrimos, pero que no pagaremos.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de no pagar. Consulte la **Sección F5**.

4. Usted recibió y pagó cuidado médico que creía que cubríamos, y desea que le hagamos un reembolso.

Lo que puede hacer: Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. Consulte la **Sección F5**.

5. Redujimos o interrumpimos su cobertura de cierto cuidado médico, y usted cree que nuestra decisión podría perjudicar su salud.

Lo que puede hacer: Puede apelar nuestra decisión de reducir o interrumpir el cuidado médico. Consulte la **Sección F4**.

- Si la cobertura es de cuidado hospitalario, cuidado de asistencia médica a domicilio, cuidado en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios, se aplican reglas especiales. Consulte la **Sección H** o la **Sección I** para saber más.
- Para todas las demás situaciones que impliquen la reducción o interrupción de su cobertura de cierto cuidado médico, use esta sección (**Sección F**) como guía.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

F2. **Cómo solicitar una decisión de cobertura**

Si una decisión de cobertura está relacionada con su cuidado médico, se llama “**determinación de la organización integrada**”.

Usted, su médico o su representante pueden solicitarnos una decisión de cobertura de la siguiente manera:

- Por teléfono: **1-800-690-1606**, TTY: **711**.
- Por fax: **1-888-950-1169**.
- Por escrito:
UnitedHealthcare Customer Service Department
P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769

Decisión de cobertura estándar

Cuando le comunicamos nuestra decisión, usamos los plazos “estándar”, a menos que aceptemos usar los plazos “rápidos”. Una decisión de cobertura estándar significa que le damos una respuesta sobre un:

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red). Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos días adicionales si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Si presenta una queja rápida, le damos una respuesta a su queja en un plazo no mayor de 24 horas. El proceso para presentar una queja es diferente del proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Decisión de cobertura rápida

El término legal para “decisión de cobertura rápida” es “**determinación rápida**”.

Si necesita que tomemos una decisión de cobertura sobre su cuidado médico y su salud requiere una respuesta rápida, solicítenos que tomemos una “decisión de cobertura rápida”. Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta sobre un:

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Artículo o servicio médico en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud.
- Medicamento con receta de la Parte B de Medicare en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud.

Si se trata de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si nos damos cuenta de que falta información que pudiera beneficiarle (como registros médicos de proveedores fuera de la red) o si usted necesita tiempo para entregarnos la información para la revisión. Si nos tomamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informaremos por escrito. **No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.**

Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de tomarnoslos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**. Le llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.

Para obtener una decisión de cobertura rápida, usted debe cumplir dos requisitos:

- Solicita la cobertura de artículos o servicios médicos que **no recibió**. No puede solicitar una decisión de cobertura rápida sobre el pago de artículos o servicios que ya recibió.
- Los plazos estándar **podrían afectar gravemente a su salud** o perjudicar su capacidad funcional.

Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una decisión de cobertura estándar en lugar de una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones.

- Si **Denegamos** su solicitud, usted tiene derecho a presentar una apelación. Si cree que cometimos un error, presentar una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos nuestra decisión y la cambiemos.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si decide presentar una apelación, pasará al Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la **Sección F3**).

En circunstancias limitadas, podríamos desestimar su solicitud de una decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de situaciones en los que una solicitud será desestimada incluyen:

- si la solicitud está incompleta,
- si alguien la presenta en nombre de usted, pero no está autorizado legalmente a hacerlo, o
- si usted pide que se la retire.

Si desestimamos una solicitud de una decisión de cobertura, le enviaremos un aviso que explicará por qué la solicitud fue desestimada y cómo solicitar una revisión de la desestimación. Esta revisión se llama apelación. Las apelaciones se explican en la siguiente sección.

F3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros. Llámenos al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

Para solicitar una apelación estándar o una apelación rápida, escribanos o llámenos al **1-800-690-1606**, TTY **711**.

- Si su médico u otro profesional que receta solicita que un artículo o servicio que usted ya está recibiendo continúe durante su apelación, es posible que usted deba nombrarle como su representante para que actúe en nombre de usted.
- Si la persona que presenta la apelación por usted no es su médico, incluya un formulario de Nombramiento de un Representante que le autorice a representarle. Puede obtener el formulario en [cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696Spanish.pdf).
- Podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, pero no podemos comenzar ni realizar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación:
 - Desestimamos su solicitud, y
 - Le enviamos un aviso por escrito que explica su derecho a solicitar que la Organización de Revisión Independiente revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación en un plazo no mayor de 65 días calendario a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

El término legal para “apelación rápida” es “**reconsideración rápida**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de cuidado que no recibió, usted o su médico deciden si usted necesita una apelación rápida.

Si su médico nos informa que su salud requiere una apelación rápida, se la concedemos automáticamente. Si usted solicita una apelación rápida sin el respaldo de su médico, decidimos si se la concedemos.

- Si decidimos que su salud no cumple los requisitos para una apelación rápida, le enviamos una carta para comunicárselo y, en cambio, usamos los plazos estándar. La carta le indica:
 - Que, si su médico solicita una apelación rápida, se la concedemos automáticamente.
 - Cómo usted puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de concederle una apelación estándar en lugar de una apelación rápida. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, incluida una queja rápida, consulte la **Sección K**.

Si le decimos que interrumpiremos o reduciremos los artículos o servicios que usted ya recibe, es posible que pueda continuar con esos servicios o artículos durante su apelación.

- Si decidimos cambiar o interrumpir la cobertura de un artículo o servicio que usted recibe, le enviamos un aviso antes de entrar en acción.
- Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una Apelación de Nivel 1.
- Seguimos cubriendo el servicio o artículo si usted solicita una Apelación de Nivel 1 en un plazo no mayor de 10 días calendario a partir de la fecha de nuestra carta o antes de la fecha de vigencia prevista de la medida, lo que sea posterior.
 - Si usted cumple este plazo, recibirá el artículo o servicio sin cambios mientras su apelación de Nivel 1 esté pendiente.
 - También recibirá todos los demás servicios o artículos (que no sean el motivo de su apelación) sin cambios.
 - Si no apela antes de esas fechas, su servicio o artículo no continuará mientras usted espera la decisión sobre su apelación.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos otra vez detenidamente toda la información de su solicitud de cobertura de cuidado médico.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Recopilamos más información si la necesitamos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Hay plazos para una apelación rápida.

- Cuando usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Si su salud lo requiere, le daremos nuestra respuesta antes.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.
 - Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2.: Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de TennCare, puede presentar usted mismo una Audiencia Imparcial – Nivel 2 ante el estado en cuanto venza el plazo. En Tennessee, una Audiencia Imparcial se llama apelación.
- **Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud**, enviamos su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Hay plazos para una apelación estándar.

- Cuando usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación por la cobertura de servicios que no recibió.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no obtuvo, le damos nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación o antes si su salud lo requiere.
- Si usted pide más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico.
 - Si necesitamos días adicionales para tomar la decisión, se lo informamos por escrito.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, no podemos tomarnos más tiempo para tomar la decisión.
- Si usted piensa que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.
- Si no le damos una respuesta en ese plazo o cuando terminen los días adicionales que nos tomamos, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en este capítulo, le explicamos sobre esta organización y el proceso de apelación de Nivel 2. Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de TennCare, puede presentar usted mismo una Audiencia Imparcial – Nivel 2 ante el estado en cuanto venza el plazo. En Tennessee, una Audiencia Imparcial se llama apelación.

Si Aceptamos de manera total o parcial su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 30 días calendario o **en un plazo no mayor de 7 días calendario** si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, después de que recibamos su apelación.

Si Denegamos de manera total o parcial su solicitud, **usted tiene derechos de apelación adicionales**:

- Si Denegamos de manera total o parcial lo que usted solicitó, le enviamos una carta.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de Medicare, la carta le indica que enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.
- Si su problema es sobre la cobertura de un servicio o artículo de TennCare, la carta le indica cómo presentar una Apelación de Nivel 2 usted mismo.

F4. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** de manera total o parcial su Apelación de Nivel 1, le enviamos una carta. Esta carta le indica si Medicare, TennCare o ambos programas habitualmente cubren el servicio o artículo.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que suele estar cubierto por Medicare, enviamos su caso automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelación en cuanto termine la Apelación de Nivel 1.
- Si su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre TennCare, usted mismo puede presentar una Apelación de Nivel 2. La carta le explica cómo hacerlo. También incluimos información adicional más adelante en este capítulo.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si su problema es sobre un servicio o artículo que podrían cubrir **tanto Medicare como TennCare**, usted obtiene automáticamente una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. También puede solicitar una Audiencia Imparcial ante el estado.

Si usted calificó para la continuación de los beneficios cuando presentó su Apelación de Nivel 1, sus beneficios por el servicio, el artículo o el medicamento que se está apelando también podrían continuar durante el Nivel 2. Consulte la **Sección F3** para obtener información sobre cómo continuar con sus beneficios durante las Apelaciones de Nivel 1.

- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre Medicare, sus beneficios por ese servicio no continúan durante el proceso de apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente.
- Si su problema es sobre un servicio que habitualmente solo cubre TennCare, sus beneficios por ese servicio continúan si usted presenta una Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 10 días calendario después de recibir nuestra carta de decisión.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre Medicare

La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación. Es una organización independiente contratada por Medicare.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente (“IRE”)**.

- Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Medicare eligió la compañía para que sea la Organización de Revisión Independiente, y Medicare supervisa el trabajo que esta realiza.
- Enviamos información sobre su apelación (el “expediente de su caso”) a esta organización. Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente examinan detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también tiene una apelación rápida en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue rápida en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación rápida en el Nivel 2. La Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de recibir su apelación.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también tiene una apelación estándar en el Nivel 2.

- Si su apelación ante nosotros fue estándar en el Nivel 1, recibe automáticamente una apelación estándar en el Nivel 2.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Si su solicitud es para obtener un artículo o servicio médico, y la Organización de Revisión Independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La Organización de Revisión Independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta por escrito y le explica los motivos.

- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico**, debemos:
 - Autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas**, o
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar, o**
 - Prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la Organización de Revisión Independiente Acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare en disputa:
 - **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes estándar, o**
 - **en un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

- **Si la Organización de Revisión Independiente Deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.
 - Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.
 - Hay tres niveles de apelación adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2, un total de cinco niveles.
 - Si su Apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su Apelación de Nivel 2.
 - Un Juez de Derecho Administrativo (Administrative Law Judge, ALJ) o un abogado adjudicador está a cargo de una Apelación de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener más información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Cuando su problema es sobre un servicio o artículo que habitualmente cubre TennCare, o que está cubierto tanto por Medicare como por TennCare

Una Apelación de Nivel 2 por los servicios que habitualmente cubre TennCare es una Audiencia Imparcial ante el estado. Usted debe solicitar una Audiencia Imparcial por escrito o por teléfono **en un plazo no mayor de 120 días calendario** desde la fecha en que le enviamos la carta de la decisión de su Apelación de Nivel 1. La carta que recibe de nuestra parte le indica dónde presentar su solicitud de Audiencia Imparcial.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su **expediente del caso. Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar información adicional a la organización de revisión independiente para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si su apelación fue rápida en el Nivel 1, también será una apelación rápida en el Nivel 2

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si su apelación fue estándar en el Nivel 1, también será una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que reciba su apelación. Si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para obtener un artículo o un servicio médico, y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarle a usted, **puede tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o un servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de cuidado médico **en un plazo no mayor de 72 horas** o prestar el servicio en un plazo no mayor de **14 días calendario** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o bien, debemos prestar el servicio **en un plazo no mayor de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.
- **Si la organización de revisión independiente acepta de manera total o parcial una solicitud para obtener un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B de Medicare **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes estándar**, o bien, **en un plazo no mayor de 24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente si se trata de **solicitudes rápidas**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

- **Si esta organización deniega de manera total o parcial su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico no debería aprobarse. (A esto se le llama ratificar la decisión o rechazar su apelación.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

Que explicará la decisión.

- Que le notificará su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura de cuidado médico alcanza un cierto mínimo. El aviso por escrito que usted reciba de la organización de revisión independiente le indicará el valor monetario que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.

Que le indicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

- Si su apelación de Nivel 2 es denegada y usted cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelación, usted debe decidir si desea pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Encontrará información detallada sobre cómo hacerlo en el aviso por escrito que reciba después de su apelación de Nivel 2.
 - La apelación de Nivel 3 está a cargo de un Juez de Derecho Administrativo o de un abogado adjudicador. La **Sección 10** de este capítulo explica el proceso de las apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

Para presentar una apelación, puede llamar al Departamento de Apelaciones Médicas de Miembros de TennCare al **1-800-878-3192**.

- Si tiene una emergencia y su plan de salud acepta que usted tiene una, recibirá una apelación **rápida**. Una apelación rápida se decidirá en aproximadamente una semana. Podría llevar más tiempo si su plan de salud necesita más tiempo para obtener sus registros médicos.
- Si usted ya está recibiendo cuidado, podrá seguir recibéndolo durante su apelación. Para seguir recibiendo el cuidado durante su apelación, se deben cumplir **todas** estas condiciones:
 - Debe apelar antes de la fecha en que se interrumpirá o modificará su cuidado o en un plazo no mayor de 10 días a partir de la fecha de la carta de su plan de salud (la fecha que sea posterior).
 - Debe decir en su apelación que quiere seguir recibiendo el cuidado durante la apelación.
 - La apelación debe ser por el **tipo** y la **cantidad** de cuidado que usted ha estado recibiendo y que se ha interrumpido o modificado.
 - Debe tener la indicación de un médico para el cuidado (si necesita una).
 - El cuidado debe ser algo que TennCare aún cubra.

IMPORTANTE: ¿Qué ocurre si desea seguir recibiendo cuidado **durante** su apelación y pierde la apelación? Es posible que tenga que reembolsar a TennCare el pago del cuidado que usted recibió durante su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

¿Qué hace TennCare cuando usted apela por un problema de cuidado de la salud?

- Cuando TennCare reciba su apelación, le enviarán una carta que dirá que recibieron su apelación. Si usted pidió seguir recibiendo cuidado durante su apelación, dirá si usted puede seguir recibiendo su cuidado. Si usted solicitó una apelación de emergencia, dirá si usted puede tener una apelación de emergencia.
- Si TennCare necesita más información para procesar su apelación, le enviarán una carta que dirá los datos que necesitan. Usted debe dar a TennCare todos los datos que pidan lo antes posible. Si no lo hace, su apelación podría terminar.
- TennCare debe decidir una apelación regular en 90 días. Si usted tiene una apelación de emergencia, tratarán de decidir su apelación en aproximadamente una semana (a menos que necesiten más tiempo para obtener sus registros médicos).

¿Qué ocurre en una audiencia imparcial sobre problemas del cuidado de la salud?

- Su audiencia puede ser por teléfono o en persona. Las diferentes personas que pueden estar en su audiencia incluyen:
 - Un juez administrativo
 - Un abogado de TennCare
 - Un testigo de TennCare (alguien como un médico o una enfermera de TennCare),
- Usted puede hablar por sí mismo. O bien, puede llevar a otra persona, como un amigo o un abogado, para que hable por usted.
- Durante la audiencia, usted tiene la oportunidad de contarle los hechos al juez y presentar pruebas sobre su salud y su cuidado médico. El juez escuchará todas las partes.

La oficina de Audiencias Imparciales le comunica su decisión por escrito y le explica los motivos.

- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Acepta** de manera total o parcial una solicitud para obtener un artículo o servicio médico, debemos autorizarlo o prestarlo **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su decisión.
- Si la oficina de Audiencias Imparciales **Deniega** de manera total o parcial su apelación, significa que está de acuerdo con que no deberíamos aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de cuidado médico. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente o la oficina de Audiencias Imparciales deciden **Denegar** de manera total o parcial su solicitud, usted tiene derechos de apelación adicionales.

Si su Apelación de Nivel 2 pasó a la **Organización de Revisión Independiente**, usted puede apelar de nuevo solamente si el valor monetario del servicio o artículo que usted desea alcanza un cierto nivel mínimo. Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

una Apelación de Nivel 3. **La carta que usted recibe de la Organización de Revisión Independiente le explica los derechos de apelación adicionales que usted pueda tener.**

La carta que usted recibe de la oficina de Audiencias Imparciales describe la siguiente opción de apelación.

Para obtener más información sobre sus derechos de apelación después del Nivel 2, consulte la **Sección J**.

F5. Problemas de pago

No permitimos que los proveedores de nuestra red le facturen servicios ni artículos cubiertos, incluso si pagamos a los proveedores menos de lo que cobran por un servicio o artículo cubierto. Usted nunca está obligado a pagar el saldo de ninguna factura.

No podemos reembolsarle directamente el costo de un servicio o artículo de TennCare. Si recibe una factura por una cantidad mayor que su copago por servicios y artículos cubiertos por TennCare, envíenos la factura. No debe pagar la factura. Nos comunicaremos directamente con el proveedor y nos ocuparemos del problema. Si paga la factura, puede recibir un reembolso de parte de ese proveedor de cuidado de la salud si usted siguió las reglas para recibir los servicios o artículos.

Si desea que le reembolsemos el costo de un servicio o un artículo de **Medicare**, o si nos pide que le paguemos a un proveedor de cuidado de la salud por un servicio o un artículo de TennCare que usted pagó, nos solicitará que tomemos esta decisión de cobertura. Verificaremos si el servicio o artículo que usted pagó está cubierto y si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.

G. Medicamentos con receta de la Parte D de Medicare

Sus beneficios como miembro de nuestro plan incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. La mayoría de estos son medicamentos de la Parte D de Medicare. Hay unos pocos medicamentos que la Parte D de Medicare no cubre, pero que TennCare podría cubrir. **Esta sección se aplica únicamente a las apelaciones de medicamentos de la Parte D de Medicare.** Diremos “medicamento” en el resto de esta sección en lugar de decir “medicamento de la Parte D de Medicare” cada vez.

Para tener cobertura, el medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Eso significa que el medicamento está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), o cuenta con el respaldo de ciertas referencias médicas. Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

G1. Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D de Medicare

A continuación, encontrará ejemplos de decisiones de cobertura que nos puede solicitar sobre sus medicamentos de la Parte D de Medicare:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye pedirnos que:
 - cubramos un medicamento de la Parte D de Medicare que no está en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan o
 - no apliquemos una restricción a nuestra cobertura de un medicamento (como los límites sobre la cantidad que usted puede obtener)
- Nos pregunta si un medicamento está cubierto para usted (como cuando su medicamento está en la **Lista de Medicamentos** de nuestro plan, pero debemos aprobarlo antes de cubrirlo)

NOTA: Si en su farmacia le informan que no pueden surtir su receta tal como fue emitida, la farmacia le da un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Una decisión de cobertura inicial relacionada con sus medicamentos de la Parte D de Medicare se llama “**determinación de cobertura**”.

- Nos pide que pagemos un medicamento que usted ya compró. Esta es una solicitud de una decisión de cobertura relacionada con un pago.

Si usted no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

¿En cuál de estas situaciones se encuentra usted?			
<p>Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción a un medicamento que cubrimos.</p> <p>Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Comience con la Sección G2; luego consulte las Secciones G3 y G4</p>	<p>Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y cree que usted cumple todas las reglas o restricciones del plan (por ejemplo, obtener una preaprobación) para el medicamento que necesita.</p> <p>Puede solicitarnos una decisión de cobertura.</p> <p>Consulte la Sección G4</p>	<p>Desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya obtuvo y pagó.</p> <p>Puede pedirnos que le hagamos un reembolso. (Esto es un tipo de decisión de cobertura.)</p> <p>Consulte la Sección G4</p>	<p>Le informamos que no cubriremos ni pagaremos un medicamento en la manera que usted desea.</p> <p>Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión.)</p> <p>Consulte la Sección G5</p>

G2. Excepciones de la Parte D de Medicare

Si no cubrimos un medicamento de la manera en que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “excepción”. Si denegamos su solicitud de excepción, usted puede apelar nuestra decisión.

Si solicita una excepción, su médico u otro profesional que receta deben explicar las razones médicas por las que usted necesita la excepción.

Pedir que cubramos un medicamento que no está en nuestra **Lista de Medicamentos** o que eliminemos una restricción a un medicamento a veces se dice solicitar una “**excepción al formulario**”.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Los siguientes son algunos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitarnos:

1. Cubrir un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos

- Usted no puede obtener una excepción al copago requerido por el medicamento.

2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto

- Se aplican reglas o restricciones adicionales a ciertos medicamentos de nuestra **Lista de Medicamentos** (consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información).
- Las reglas y restricciones adicionales para ciertos medicamentos incluyen:
 - Que se le exija el uso de la versión genérica de un medicamento en lugar del medicamento de marca.
 - Obtener nuestra preaprobación antes de que aceptemos cubrirle el medicamento. A veces, a esto se le llama “preautorización (PA)”.
 - Tener que probar primero un medicamento diferente antes de que aceptemos cubrir el medicamento que usted pide. A veces, a esto se le llama “terapia escalonada”.
 - Límites de cantidad. Para algunos medicamentos, hay restricciones a la cantidad que usted puede obtener.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se dice solicitar una **“excepción de nivel”**.

- Nuestra **Lista de Medicamentos** suele incluir más de un medicamento para tratar una enfermedad específica. Se les llama medicamentos “alternativos”.
- Si un medicamento alternativo para su enfermedad está en un nivel de costo compartido más bajo que el medicamento que toma, puede solicitarnos que lo cubramos al costo compartido del medicamento alternativo. Esto podría reducir su copago por el medicamento.

G3. Información importante sobre la solicitud de una excepción

Su médico u otro profesional que receta deben informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta deben entregarnos una declaración en la que expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para recibir una decisión más rápida, incluya esta información médica de parte de su médico o de otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Nuestra **Lista de Medicamentos** suele incluir más de un medicamento para tratar una enfermedad específica. Se les llama medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo surte exactamente el mismo efecto que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general no aprobamos su solicitud de excepción.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Podemos Aceptar o Denegar su solicitud.

- Si **Aceptamos** su solicitud de excepción, generalmente la excepción dura hasta el final del año calendario, siempre y cuando su médico le siga recetando el medicamento y el medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su enfermedad.
- Si **Denegamos** su solicitud de excepción, usted puede presentar una apelación. Consulte la **Sección G5** para obtener información sobre cómo presentar una apelación si **Denegamos** su solicitud.

La siguiente sección le indica cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción.

G4. **Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluso una excepción**

- Para solicitar el tipo de decisión de cobertura que desea, llame al **1-800-690-1606**, TTY **711**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre el reclamo.
- Usted, su médico (u otro profesional que receta) u otra persona que actúe en nombre de usted pueden solicitar una decisión de cobertura. Un abogado también puede actuar en nombre de usted.
- Consulte la **Sección E3** para saber cómo nombrar a alguien como su representante.
- No es necesario que usted le dé a su médico o a otro profesional que receta un permiso por escrito para solicitar una decisión de cobertura en nombre de usted.
- Si desea pedirnos que le reembolsemos el costo de un medicamento, consulte el **Capítulo 7** de su **Evidencia de Cobertura**.
- Si solicita una excepción, envíenos una “declaración de respaldo”. La declaración de respaldo incluye las razones médicas de su médico u otro profesional que receta para la solicitud de excepción.
- Su médico u otro profesional que receta pueden enviarnos la declaración de respaldo por fax o por correo postal. También pueden informarnos al respecto por teléfono y luego enviar la declaración por fax o por correo postal.

Si su salud lo requiere, solicítenos una “decisión de cobertura rápida”.

Usamos los “plazos estándar”, a menos que aceptemos usar los “plazos rápidos”.

- Una **decisión de cobertura estándar** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de su médico.
- Una **decisión de cobertura rápida** significa que le damos una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de su médico.

Una “decisión de cobertura rápida” se llama “**determinación de cobertura rápida**”.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Usted puede obtener una decisión de cobertura rápida si:

- Es para un medicamento que no obtuvo. No puede obtener una decisión de cobertura rápida si nos pide que le reembolsemos el costo de un medicamento que usted ya compró.
- Su salud o capacidad funcional se vería gravemente afectada si usamos los plazos estándar.

Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptamos y se la concedemos. Le enviamos una carta para informárselo.

- Si usted solicita una decisión de cobertura rápida sin el respaldo de su médico ni de otro profesional que receta, decidimos si se la concedemos.
- Si decidimos que su enfermedad no cumple los requisitos para una decisión de cobertura rápida, usamos los plazos estándar en su lugar.
 - Le enviamos una carta para informárselo. La carta también le explica cómo presentar una queja sobre nuestra decisión.
 - Puede presentar una queja rápida y recibir una respuesta en un plazo no mayor de 24 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar quejas, incluidas las quejas rápidas, consulte la **Sección K**.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener más información sobre una Apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted no obtuvo

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud. Si usted solicita una excepción, le damos nuestra respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le proporcionamos la cobertura en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración de respaldo de su médico para una excepción.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

Plazos para una decisión de cobertura estándar relacionada con un medicamento que usted ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo no mayor de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si no cumplimos este plazo, enviamos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación para que la revise una Organización de Revisión Independiente.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, le hacemos un reembolso en un plazo no mayor de 14 días calendario.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta para explicarle las razones. La carta también le explica cómo presentar una apelación.

G5. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Una apelación presentada ante nuestro plan sobre una decisión de cobertura relacionada con un medicamento de la Parte D de Medicare se llama “**redeterminación**” del plan.

- Para iniciar su **apelación estándar** o **rápida**, llame al **1-800-690-1606**, TTY **711**, escríbanos o envíenos un fax. Usted, su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su apelación.
- Usted debe solicitar una apelación **en un plazo no mayor de 65 días calendario** a partir de la fecha de la carta que le enviamos para informarle nuestra decisión.
- Si se le pasa el plazo por un buen motivo, es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Buenos motivos son, por ejemplo, si tuvo una enfermedad grave o si le dimos la información incorrecta sobre el plazo. Cuando presente su apelación, explique el motivo por el cual se demoró en presentarla.
- Usted tiene derecho a pedirnos una copia gratuita de la información sobre su apelación. Usted y su médico también pueden darnos más información para respaldar su apelación.

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

Una apelación rápida también se llama “**redeterminación rápida**”.

- Si usted apela una decisión que tomamos sobre un medicamento que no obtuvo, usted y su médico u otro profesional que receta deciden si usted necesita una apelación rápida.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Los requisitos para una apelación rápida son los mismos que para una decisión de cobertura rápida. Para obtener más información, consulte la **Sección G4**.

Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Revisamos su apelación y examinamos otra vez detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura.
- Verificamos si seguimos todas las reglas cuando **Denegamos** su solicitud.
- Es posible que nos comuniquemos con usted, con su médico o con otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 1

- Si usamos los plazos rápidos, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos su apelación.
 - Si su salud lo requiere, le damos nuestra respuesta antes.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo no mayor de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 1

- Si usamos los plazos estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación por un medicamento que no obtuvo.
- Le comunicamos nuestra decisión antes si usted no obtuvo el medicamento y si su estado de salud lo requiere. Si usted cree que su salud lo requiere, solicite una apelación rápida.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.

Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos **proporcionar la cobertura** que aceptamos proporcionar con la rapidez que requiera su salud, pero **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Debemos **enviarle el pago** de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación.

Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud:

- Le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.
- Debemos darle nuestra respuesta sobre el reembolso del costo de un medicamento que compró **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que recibamos su apelación.
 - Si no le comunicamos una decisión en un plazo no mayor de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación. Luego, la revisa una Organización de Revisión Independiente. Consulte la **Sección G6** para obtener información sobre la organización de revisión y el proceso de apelación de Nivel 2.
- Si **Aceptamos** de manera total o parcial su solicitud, debemos pagarle en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- Si **Denegamos** de manera total o parcial su solicitud, le enviamos una carta que explica los motivos y le indica cómo puede presentar una apelación.

G6. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, usted puede aceptar nuestra decisión o presentar otra apelación. Si decide presentar otra apelación, usa el proceso de Apelación de Nivel 2. La **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión cuando **Denegamos** su primera apelación. Esta organización decide si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” (IRO) es **Entidad de Revisión Independiente (“IRE”)**.

Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted, su representante, su médico u otro profesional que receta deben comunicarse con la Organización de Revisión Independiente **por escrito** y solicitar una revisión de su caso.

- Si **Denegamos** su Apelación de Nivel 1, la carta que le enviamos incluye **instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2** ante la Organización de Revisión Independiente. Las instrucciones explican quién puede presentar la Apelación de Nivel 2, los plazos que usted debe cumplir y cómo comunicarse con la organización.
- Cuando usted presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviamos la información que tenemos sobre su apelación a la organización. Esta información se llama su “expediente del caso”. **Usted tiene derecho a una copia gratuita del expediente de su caso.**
- Usted tiene derecho a dar a la Organización de Revisión Independiente información adicional para respaldar su apelación.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

La Organización de Revisión Independiente revisa su Apelación de Nivel 2 de la Parte D de Medicare y le comunica una respuesta por escrito. Consulte la **Sección F4** para obtener más información sobre la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación rápida de Nivel 2

Si su salud lo requiere, solicite una apelación rápida a la Organización de Revisión Independiente.

- Si esta acepta una apelación rápida, debe darle una respuesta **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.
- Si la organización **Acepta** de manera total o parcial su solicitud, debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 24 horas** después de recibir la decisión de la Organización de Revisión Independiente.

Plazos para una apelación estándar de Nivel 2

Si usted presenta una apelación estándar en el Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente debe darle una respuesta:

- **en un plazo no mayor de 7 días calendario** después de que reciba su apelación por un medicamento que usted no obtuvo.
- **en un plazo no mayor de 14 días calendario** después de que reciba su apelación por el reembolso del costo de un medicamento que usted compró.

Si la Organización de Revisión Independiente **Acepta** de manera total o parcial su solicitud:

- Debemos proporcionar la cobertura aprobada del medicamento **en un plazo no mayor de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Debemos reembolsarle el costo de un medicamento que compró en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión de la Organización de Revisión Independiente.
- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. A esto se le llama “ratificar la decisión” o “rechazar su apelación”.

Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3 si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide alcanza un valor monetario mínimo. Si el valor monetario de la cobertura del medicamento que usted pide es menor que el mínimo requerido, usted no puede presentar otra apelación. En ese caso, la decisión de la Apelación de Nivel 2 es final. La Organización de Revisión Independiente le envía una carta que le informa cuál es el valor monetario mínimo necesario para continuar con una Apelación de Nivel 3.

Si el valor monetario de su solicitud cumple el requisito, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si la Organización de Revisión Independiente **Deniega** su Apelación de Nivel 2 y usted cumple el requisito para continuar con el proceso de apelación, usted:
 - Decide si desea presentar una Apelación de Nivel 3.
 - Debe consultar la carta que le envió la Organización de Revisión Independiente después de su Apelación de Nivel 2 para obtener información detallada sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

H. Cómo solicitarnos que cubramos una estadía en el hospital más prolongada

Si se le admite en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios que cubrimos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre la cobertura hospitalaria de nuestro plan, consulte el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital colaboran con usted para prepararle para el día en que deje el hospital. También le ayudan con los arreglos necesarios para el cuidado que pudiera necesitar al dejar el hospital.

- El día que deja el hospital se llama su “fecha de alta”.
- Su médico o el personal del hospital le informarán cuál es su fecha de alta.

Si usted cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto o le preocupa su cuidado después de dejar el hospital, puede solicitar una estadía en el hospital más prolongada. Esta sección le indica cómo hacerlo.

H1. Cómo se enterará de sus derechos de Medicare

En un plazo no mayor de dos días después de ser admitido en el hospital, alguien del hospital, como una enfermera o un asistente social, le entregarán un aviso por escrito llamado “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos”. Todos los beneficiarios de Medicare reciben una copia de este aviso siempre que se les admite en un hospital.

Si usted no recibe el aviso, pídale a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página. También puede llamar 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**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- **Lea el aviso** detenidamente y haga preguntas si no comprende. El aviso le informa sus derechos como paciente del hospital, que incluyen sus derechos a:
 - Recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital. Usted tiene derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Participar en cualquiera de las decisiones sobre la duración de su estadía en el hospital.
 - Saber dónde informar todo problema o inquietud que tenga sobre la calidad de su cuidado hospitalario.
 - Apelar si piensa que le darán de alta del hospital demasiado pronto.
- **Firme el aviso** para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.
 - Usted o la persona que actúe en nombre de usted pueden firmar el aviso.
 - La firma del aviso solamente significa que usted obtuvo la información sobre sus derechos. El hecho de firmar no significa que usted está de acuerdo con la fecha de alta que puedan haberle dado su médico o el personal del hospital.
- **Guarde su copia** del aviso firmado para tener la información si la necesita.

Si firma el aviso más de dos días antes del día en que deje el hospital, obtendrá otra copia antes de ser dado de alta.

Para ver una copia del aviso por adelantado:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página
- Llame a Medicare 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**.
- Visite **[cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)**.

H2. **Cómo presentar una Apelación de Nivel 1**

Si desea que cubramos durante más tiempo sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, presente una apelación. La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) revisa la Apelación de Nivel 1 para saber si su fecha de alta programada es médicamente apropiada para usted.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de cuidado de la salud que reciben pagos del gobierno federal. Estos expertos verifican la calidad de los servicios que reciben los beneficiarios de Medicare y ayudan a mejorarla. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan)**.

En Tennessee, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad es ACENTRA. Llame al **1-888-317-0751**. La información de contacto también se encuentra en el aviso “Mensaje Importante de Medicare sobre Sus Derechos” y en el **Capítulo 2**.

Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y, a más tardar, en su fecha de alta programada.

- **Si usted llama antes de dejar el hospital**, puede quedarse después de su fecha de alta programada sin pagar la estadía mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
- **Si no llama para apelar** y decide quedarse en el hospital después de su fecha de alta programada, es posible que pague todos los costos del cuidado hospitalario que reciba después de su fecha de alta programada.

Pida ayuda si la necesita. Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:

- Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
- Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP) al **1-877-801-0044**.

Solicite una revisión rápida. Actúe con rapidez y comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para solicitar una revisión rápida de su alta del hospital.

El término legal para “revisión rápida” es “revisión inmediata”.

Qué sucede durante la revisión rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar después de la fecha de alta programada. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionaron el hospital y nuestro plan.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores informen a nuestro plan sobre su apelación, usted recibe una carta con su fecha de alta programada. La carta también le explica las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que la fecha de alta es médicamente apropiada para usted.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

El término legal para esta explicación por escrito es “**Aviso Detallado del Alta**”. Para obtener una muestra de este aviso, puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o 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**.) También puede consultar un aviso de muestra en Internet en **cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

En un plazo no mayor de un día completo después de recibir toda la información que necesita, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le da una respuesta a su apelación.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Considera que su fecha de alta programada es médicamente apropiada.
- Nuestra cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Es posible que usted tenga que pagar el costo total del cuidado hospitalario que reciba a partir del mediodía del día siguiente a que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.
- Usted puede presentar una Apelación de Nivel 2 si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad deniega su Apelación de Nivel 1 **y** usted se queda en el hospital después de su fecha de alta programada.

H3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-317-0751**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si se quedó en el hospital después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Debemos reembolsarle los costos del cuidado hospitalario desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad denegó su Apelación de Nivel 1.
- Le prestaremos sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante todo el tiempo que los servicios sean médicamente necesarios.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con la decisión sobre su Apelación de Nivel 1 y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

I. **Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos**

Esta sección solo trata de tres tipos de servicios que usted podría estar recibiendo:

- servicios de cuidado de asistencia médica a domicilio
- cuidado de enfermería especializada en un centro de enfermería especializada, **y**
- cuidado de rehabilitación como paciente ambulatorio en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted está recibiendo tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación mayor.

Con cualquiera de estos tres tipos de servicios, usted tiene derecho a recibir servicios cubiertos durante todo el tiempo que el médico diga que usted los necesita.

Si decidimos interrumpir la cobertura de cualquiera de estos servicios, debemos informárselo **antes** de que terminen sus servicios. Cuando su cobertura de ese servicio termina, dejamos de pagarlo.

Si usted piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

I1. **Aviso antes de que termine su cobertura**

Le enviamos un aviso por escrito que usted recibirá al menos dos días antes de que dejemos de pagar su cuidado. Este aviso se llama “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare”. El aviso le indica la fecha en que interrumpiremos la cobertura de su cuidado y cómo apelar nuestra decisión.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Usted o su representante deben firmar el aviso para demostrar que lo recibieron. La firma del aviso **solamente** significa que usted obtuvo la información. El hecho de firmar **no** significa que usted está de acuerdo con nuestra decisión.

I2. Cómo presentar una Apelación de Nivel 1

Si piensa que terminaremos la cobertura de su cuidado demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. Esta sección le informa sobre el proceso de Apelación de Nivel 1 y lo que debe hacer.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Comprenda y cumpla los plazos que corresponden a lo que usted debe hacer. Nuestro plan también debe cumplir los plazos. Si usted piensa que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. Consulte la Sección K para obtener más información sobre las quejas.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento:
 - Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
 - Llame a la oficina de Apelaciones Médicas de TennCare al **1-800-878-3192** o al **1-866-771-7042** (TTY)
- **Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
 - Consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y cómo comunicarse con esta.
 - Pídale que revise su apelación y decida si debería cambiar la decisión de nuestro plan.
- **Actúe con rapidez y solicite una “apelación de tramitación rápida”.** Pregunte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad si es médicamente apropiado que terminemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Para iniciar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia indicada en el “Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare” que le enviamos.
- Si se le pasa el plazo para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentar su apelación directamente ante nosotros en su lugar. Para obtener información detallada sobre cómo hacerlo, consulte la **Sección I4**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

El término legal para el aviso por escrito es “**Aviso de Denegación de la Cobertura de Medicare**”. Para obtener una copia de muestra, llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o llame a Medicare 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**. U obtenga una copia en Internet en cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

Qué sucede durante una apelación de tramitación rápida

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad les preguntan a usted o a su representante por qué creen que la cobertura debería continuar. Usted no está obligado a escribir una declaración, pero puede hacerlo.
- Los revisores examinan su información médica, hablan con su médico y revisan la información que les proporcionó nuestro plan.
- Nuestro plan también le envía un aviso por escrito en el que se explican los motivos por los que termina la cobertura de sus servicios. Usted recibe el aviso al final del día en que los revisores nos informan de su apelación.

El término legal para la explicación del aviso es “**Explicación Detallada de Denegación de la Cobertura**”.

- Los revisores le comunican su decisión en un plazo no mayor de un día completo después de obtener toda la información que necesitan.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Prestaremos sus servicios cubiertos durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Su cobertura termina en la fecha que le dijimos.
- Dejamos de pagar los costos de este cuidado en la fecha indicada en el aviso.
- Usted paga de su bolsillo el costo total de este cuidado si decide continuar con el cuidado de asistencia médica a domicilio, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios después de la fecha en que termine su cobertura
- Usted decide si desea continuar con estos servicios y presentar una Apelación de Nivel 2.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

I3. Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que examine otra vez la decisión que tomó en su Apelación de Nivel 1. Llame al **1-888-317-0751**.

Debe solicitar esta revisión **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Denegó** su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión **solamente** si continúa con el cuidado después de la fecha en que terminó su cobertura del cuidado.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad:

- Examinan otra vez detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- Le comunican su decisión sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo no mayor de 14 días calendario después de recibir su solicitud de segunda revisión.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Acepta** su apelación:

- Le reembolsamos los costos del cuidado que usted recibió desde la fecha en que indicamos que su cobertura terminaría.
- Proporcionaremos cobertura del cuidado durante todo el tiempo que sea médicamente necesario.

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **Deniega** su apelación:

- Está de acuerdo con nuestra decisión de terminar su cuidado y no la cambiará.
- Le envía una carta que le indica lo que usted puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación y presentar una Apelación de Nivel 3.

Un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador está a cargo de las Apelaciones de Nivel 3. Consulte la **Sección J** para obtener información sobre las Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5.

J. Cómo llevar su apelación más allá del Nivel 2

J1. Próximos pasos para servicios y artículos de Medicare

Si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2 por servicios o artículos de Medicare, y se denegaron ambas apelaciones, usted podría tener derecho a niveles adicionales de apelación.

Si el valor monetario del servicio o artículo de Medicare que usted apeló no alcanza un cierto valor monetario mínimo, usted no puede seguir apelando. Si el valor monetario es lo suficientemente alto, usted puede continuar con el proceso de apelación. La carta que recibe de la Organización de Revisión Independiente sobre su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.

- Si decidimos **apelar** la decisión, le enviamos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 con los documentos complementarios. Es posible que esperemos la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestar el servicio en disputa.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de haber recibido la decisión del Juez de Derecho Administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.
- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su Apelación de Nivel 4 o deniega nuestra solicitud para revisar la decisión de una Apelación de Nivel 3 que es favorable para usted, tenemos derecho a apelar en el Nivel 5.

- Si decidimos **apelar** la decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si decidimos **no apelar** la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo no mayor de 60 días calendario después de recibir la decisión del Consejo.

Si el Consejo **Deniega** nuestra solicitud de revisión, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal del Distrito Federal.

J2. Apelaciones adicionales de TennCare

Si su apelación es sobre servicios o artículos que habitualmente están cubiertos por TennCare, usted también tiene otros derechos de apelación. La carta que usted reciba de la oficina de Audiencias Imparciales le indicará qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

J3. Niveles de Apelación 3, 4 y 5 para Solicitudes Relacionadas con los Medicamentos de la Parte D de Medicare

Esta sección puede serle útil si usted presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron denegadas.

Si el valor del medicamento que apeló alcanza un cierto valor monetario, es posible que usted pueda pasar a niveles de apelación adicionales. La respuesta por escrito que reciba a su Apelación de Nivel 2 explica con quién debe comunicarse y lo que debe hacer para solicitar una Apelación de Nivel 3.

Apelación de Nivel 3

El Nivel 3 del proceso de apelación es una audiencia ante un Juez de Derecho Administrativo. La persona que toma la decisión es un Juez de Derecho Administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Juez de Derecho Administrativo o el abogado adjudicador **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para presentar una Apelación de Nivel 4.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Apelación de Nivel 4

El Consejo revisa su apelación y le da una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Si el Consejo **Acepta** su apelación:

- El proceso de apelación termina.
- Debemos autorizar o proporcionar la cobertura aprobada del medicamento en un plazo no mayor de 72 horas (o de 24 horas en el caso de una apelación rápida) o realizar un pago en un plazo no mayor de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

Si el Consejo **Deniega** su apelación, el proceso de apelación podría no terminar.

- Si usted decide **aceptar** esta decisión que deniega su apelación, el proceso de apelación termina.
- Si usted decide **no aceptar** esta decisión que deniega su apelación, tal vez pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le dirá si puede pasar a una Apelación de Nivel 5 y lo que debe hacer.

Apelación de Nivel 5

- Un juez del Tribunal del Distrito Federal revisará su apelación y toda la información, y decidirá **Aceptar** o **Denegar** la apelación. Esta es la decisión final. No hay ningún otro nivel de apelación más allá del Tribunal del Distrito Federal.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

K. Cómo presentar una queja

K1. Para qué tipos de problemas se deben usar las quejas

El proceso de queja se usa para ciertos tipos de problemas solamente, como problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera, la coordinación del cuidado de la salud y el servicio al cliente. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se abordan a través del proceso de queja.

Queja	Ejemplo
Calidad de su cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no está conforme con la calidad del cuidado, por ejemplo, el cuidado que recibió en el hospital.
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Piensa que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial sobre usted.
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • Un proveedor de cuidado de la salud o su personal fue descortés o irrespetuoso con usted. • Nuestro personal le trató mal. • Usted piensa que le están forzando a dejar nuestro plan.
Accesibilidad y asistencia en otros idiomas	<ul style="list-style-type: none"> • Usted no puede acceder físicamente a los servicios para el cuidado de la salud y a las instalaciones del consultorio de un médico o un proveedor. • Su médico o proveedor no le proporciona un intérprete para el idioma que usted habla que no es inglés (como el lenguaje de señas americano o español). • Su proveedor no le ofrece otras adaptaciones razonables que usted necesita y solicita. • Para estos tipos de quejas, comuníquese con la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare en tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance o llame al número gratuito 855-857-1673, para TRS, marque 711
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • Usted tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para obtenerla. • Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de salud, Servicio al Cliente u otro personal del plan le hacen esperar demasiado.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Queja	Ejemplo
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que la clínica, el hospital o el consultorio médico no están limpios.
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • Usted cree que no le hemos enviado un aviso o una carta que debería haber recibido. • Piensa que la información por escrito que le enviamos es demasiado difícil de comprender.
Puntualidad relacionada con las decisiones de cobertura o apelaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Usted piensa que no cumplimos nuestros plazos para tomar una decisión de cobertura o para responder su apelación. • Usted piensa que, después de recibir una decisión de cobertura o de apelación a su favor, no cumplimos los plazos para aprobar o prestarle el servicio, o para reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos. • Usted piensa que no enviamos su caso a la Organización de Revisión Independiente a tiempo.

Hay diferentes clases de quejas. Usted puede presentar una queja interna o una queja externa. Una queja interna se presenta ante nuestro plan y este la revisa. Una queja externa se presenta ante una organización que no está afiliada a nuestro plan y esta la revisa. Si necesita ayuda para presentar una queja interna o externa, puede llamar a la Oficina del Ombudsman de Cuidado a Largo Plazo a los siguientes números:

Tennessee Commission on Aging and Disability
 502 Deaderick Street, 9th Floor
 Nashville, TN 37243-0860

Tel.: **615-253-5412**

Fax: **615-741-3309**

Número gratuito: **877-236-0013**

TDD: **615-532-3893**

El término legal para “queja” es **“queja formal”**.

El término legal para “presentar una queja” es **“presentar una queja formal”**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

K2. Quejas internas

Para presentar una queja interna, llame a Servicio al Cliente al **1-800-690-1606**, TTY **711**. Puede presentar la queja en cualquier momento, a menos que se trate de un medicamento de la Parte D de Medicare. Si la queja es sobre un medicamento de la Parte D de Medicare, usted debe presentarla **en un plazo no mayor de 60 días calendario** después de que tuvo el problema por el que desea quejarse.

- Si debe hacer algo más, Servicio al Cliente se lo indicará.
- Usted también puede escribir su queja y enviárnosla. Si envía su queja por escrito, se la responderemos por escrito.

Si algo le impidió presentar su queja (estaba enfermo, le proporcionamos información incorrecta, etc.), infórmenos y tal vez podamos aceptar su queja después del plazo de 60 días. Trataremos su queja lo más rápido posible, pero a más tardar 30 días después de recibirla. A veces, necesitamos información adicional, o quizás usted desee presentar más información. En ese caso, podemos tomarnos 14 días adicionales para responder a su queja. Si nos tomamos los 14 días adicionales, le enviaremos una carta para avisarle.

Si su queja se debe a que nos tomamos 14 días adicionales para responder a su solicitud de determinación de cobertura o apelación, o porque decidimos que usted no necesitaba una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, puede presentar una queja rápida. Le responderemos en un plazo no mayor de 24 horas después de recibir su queja. Si no aceptamos de manera total o parcial su queja formal, nuestra decisión por escrito explicará por qué no la aceptamos y le informará las opciones que usted pueda tener. La dirección y los números de fax para presentar quejas se encuentran en el Capítulo 2 en la sección Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su cuidado médico o sus medicamentos con receta de la Parte D y en la sección Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación o una queja relacionada con sus medicamentos con receta de la Parte D.

Independientemente de que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio al Cliente de inmediato. Puede presentar la queja en cualquier momento después de haber tenido el problema por el que desea quejarse.

El término legal para “queja rápida” es “queja formal rápida”.

Si es posible, le respondemos de inmediato. Si nos llama para presentar una queja, es posible que le podamos dar una respuesta en el mismo momento de su llamada. Si su estado de salud requiere que respondamos rápidamente, lo haremos.

- Respondemos a la mayoría de las quejas en un plazo no mayor de 30 días calendario. Si no tomamos una decisión en un plazo no mayor de 30 días calendario porque necesitamos más información, se lo notificamos por escrito. También le proporcionamos una actualización del estado y un plazo aproximado en el que recibirá la respuesta.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o de una “apelación rápida”, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.
- Si presenta una queja porque nos tomamos tiempo adicional para tomar una decisión de cobertura o apelación, automáticamente le concedemos una “queja rápida” y respondemos a su queja en un plazo no mayor de 24 horas.

Si no estamos de acuerdo de manera total o parcial con su queja, se lo informaremos y le daremos nuestras razones. Le respondemos, independientemente de que estemos de acuerdo con la queja o no.

K3. Quejas externas

Medicare

Puede informar a Medicare sobre su queja o enviarla a Medicare. El Formulario de Quejas de Medicare está disponible en: [es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](https://www.es.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). No es necesario que usted presente una queja ante UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) antes de presentar una queja ante Medicare.

Medicare toma sus quejas con seriedad y usa esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare.

Si tiene algún otro comentario o inquietud, o si cree que el plan de salud no está tratando su problema, también puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-877-486-2048**. La llamada es gratuita.

Usted debería recibir servicios sin que le traten de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional (como su lugar de nacimiento), idioma, sexo, edad, religión, discapacidad u otros grupos protegidos por las leyes de derechos civiles. Tiene derecho a denunciar o presentar una queja por escrito si considera que ha recibido un trato diferente. Recibir un trato diferente significa que le han discriminado. Si presenta una queja, tiene derecho a seguir recibiendo cuidado sin temor a recibir un mal trato de parte del Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble, los proveedores o TennCare. Para presentar una queja o si desea más información sobre sus derechos, visite:

La Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare en:

tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance

O llame al número gratuito: **855-857-1673 (TRS 711)**



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Oficina de Derechos Civiles (OCR)

Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights, OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (Department of Health and Human Services, DHHS) si piensa que le han tratado injustamente. Por ejemplo, puede presentar una queja sobre el acceso para personas con discapacidades o la asistencia en otros idiomas. El número de teléfono de la Oficina de Derechos Civiles es el **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, puede visitar [hhs.gov/ocr](https://www.hhs.gov/ocr).

También podría tener derechos conforme a la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disability Act, ADA). Puede comunicarse con la División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia de los Estados Unidos en [ada.gov/file-a-complaint](https://www.ada.gov/file-a-complaint) o por correo postal a:

U.S. Department of Justice
Civil Rights Division
950 Pennsylvania Avenue, NW
Washington, DC 20530

Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Si su queja es sobre la calidad del cuidado, tiene dos opciones:

- Puede presentar su queja sobre la calidad del cuidado directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
- Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y ante nuestro plan. Si presenta una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, colaboramos con la organización para resolver su queja.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en el cuidado de la salud en ejercicio que reciben pagos del gobierno federal para verificar y mejorar el cuidado que reciben los pacientes de Medicare. Si desea más información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte la **Sección H2** o el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.

En Tennessee, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama ACENTRA. El número de teléfono de ACENTRA es el **1-888-317-0751**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Capítulo 10

Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Introducción

Este capítulo explica cómo usted puede terminar su membresía en nuestro plan y sus opciones de cobertura de salud después de dejar nuestro plan. Si deja nuestro plan, seguirá estando inscrito en los programas Medicare y TennCare siempre y cuando cumpla los requisitos. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan.....	249
B.	Cómo terminar su membresía en nuestro plan	250
C.	Cómo recibir los servicios de Medicare y de TennCare por separado	250
	C1. Sus servicios de Medicare	250
	C2. Sus servicios de TennCare.....	254
D.	Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan	254
E.	Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan	254
F.	Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud.....	255
G.	Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan	255
H.	Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan	255

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

A. **Cuándo puede terminar su membresía en nuestro plan**

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Dado que usted tiene TennCare, tiene algunas opciones para terminar su membresía con nuestro plan en cualquier mes del año.

Además, usted puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos cada año:

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan, desde el mes en que adquieren derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho a inscribirse. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Podría haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para hacer un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- sus requisitos de participación en TennCare o el programa Ayuda Adicional hayan cambiado, o
- recientemente se haya mudado a un centro de enfermería o a un hospital de cuidado a largo plazo, actualmente esté recibiendo cuidado en uno de estos lugares o recién haya salido de uno de ellos.

Su membresía termina el último día del mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan. Por ejemplo, si recibimos su solicitud el 18 de enero, su cobertura con nuestro plan termina el 31 de enero.

Su nueva cobertura comienza el primer día del mes siguiente (1 de febrero, en este ejemplo). Si usted deja nuestro plan, puede obtener información sobre sus:

- Opciones de Medicare en la tabla de la **Sección C1**.
- Servicios de TennCare en la **Sección C2**.

Para obtener más información sobre cómo puede terminar su membresía, puede llamar:

- A **Servicio al Cliente** al número que se encuentra al final de esta página. También se indica el número para los usuarios de TTY.
- A Medicare 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**.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP) al **1-877-801-0044** (TTY **711**).

NOTA: Si usted está inscrito en un programa de administración de medicamentos (DMP), es posible que no pueda cambiar de plan. Para obtener información sobre los programas de administración de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

B. Cómo terminar su membresía en nuestro plan

Si decide terminar su membresía, puede inscribirse en otro plan de Medicare o cambiarse a Medicare Original. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Medicare Original, pero no eligió un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, debe solicitar que se cancele su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar que se cancele su inscripción:

- Puede presentar una solicitud por escrito ante nosotros. Comuníquese con **Servicio al Cliente** al número que se encuentra al final de esta página si necesita más información sobre cómo hacerlo.
- Llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY (las personas que tienen dificultades para oír o hablar) deben llamar al **1-877-486-2048**. Cuando llama al **1-800-MEDICARE**, también puede inscribirse en otro plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre cómo recibir sus servicios de Medicare si deja nuestro plan, consulte la tabla de la Sección C.

C. Cómo recibir los servicios de Medicare y de TennCare por separado

Usted tiene opciones para recibir sus servicios de Medicare y de TennCare si decide dejar nuestro plan.

C1. Sus servicios de Medicare

Tiene tres opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Usted tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Anual** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección A**. Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

<p>1. Puede cambiarse a:</p> <p>Otro plan que proporcione su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de TennCare en un solo plan, también conocido como plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP)</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si tiene consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee al 1-877-801-0044 (TTY 711). En Tennessee, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP). <p>O</p> <p>Inscríbase en un nuevo plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble.</p> <p>Cuando comienza la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente.</p> <p>Su inscripción en TennCare no se verá afectada por este cambio.</p>
<p>2. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee al 1-877-801-0044 (TTY 711). En Tennessee, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa Estatal de

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

	<p>Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP).</p> <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.</p> <p>Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente.</p> <p>Su inscripción en TennCare no se verá afectada por este cambio.</p>
<p>3. Puede cambiarse a:</p> <p>Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare</p> <p>NOTA: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse.</p> <p>Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos con receta si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita o no cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee al 1-877-801-0044, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Para obtener más información o encontrar una oficina local del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee en su área, visite tn.gov/disability-and-aging/disability-aging-programs/tn-ship.html</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare 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.</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee al 1-877-801-0044 (TTY 711). En Tennessee, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP). <p>Cuando comienza su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancela automáticamente.</p> <p>Su inscripción en TennCare no se verá afectada por este cambio.</p>

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

<p>4. Puede cambiarse a:</p> <p>Cualquier plan de salud de Medicare durante ciertos períodos del año, incluido el Período de Inscripción Anual y el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage u otras situaciones descritas en la Sección A.</p>	<p>Debe hacer lo siguiente:</p> <p>Llame a Medicare 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. Si tiene consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (PACE), llame al 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>Si necesita ayuda o más información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee al 1-877-801-0044 (TTY 711): En Tennessee, el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Tennessee (TN SHIP). <p>O</p> <p>Inscríbese en un nuevo plan de Medicare. Cuando comienza la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente.</p>
---	--

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

C2. Sus servicios de TennCare

Para recibir diferentes servicios de TennCare dentro de los primeros 90 días de su aprobación, llame al Departamento de Apelaciones Médicas de Miembros de TennCare al **1-800-878-3192** sin costo.

Dígales que usted comenzó a recibir TennCare y que desea cambiar de plan de salud. Después de 90 días, es más difícil cambiar de plan de salud. Llámenos al **1-855-259-0701** sin costo. Le ayudaremos a resolver el problema.

D. Sus artículos y servicios médicos, y sus medicamentos hasta que termine su membresía en nuestro plan

Si deja nuestro plan, es posible que pase cierto tiempo antes de que termine su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare y de TennCare. Durante este tiempo, usted sigue recibiendo el cuidado de su salud y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan hasta que comience su nuevo plan.

- Use los proveedores de nuestra red para recibir cuidado médico.
- Use las farmacias de nuestra red, incluidos nuestros servicios de farmacia de pedidos por correo, para surtir sus recetas.
- Si es hospitalizado el día en que termina su membresía en UHC Dual Complete TN-Y001, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta. Esto ocurrirá, aunque su nueva cobertura de salud comience antes de que le den de alta.

E. Otras situaciones en las que termina su membresía en nuestro plan

Debemos terminar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:

- Si hay una interrupción en su cobertura de la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si usted deja de calificar para TennCare. Nuestro plan es para las personas que califican tanto para Medicare como para TennCare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o sale de viaje por mucho tiempo, llame a **Servicio al Cliente** para saber si donde se mudará o viajará está dentro del área de servicio de nuestro plan.
- Si va a la cárcel o a prisión por un delito penal.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tiene para medicamentos con receta.
- Si no es ciudadano estadounidense ni residente legal en los Estados Unidos.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Debe ser ciudadano estadounidense o residente legal en los Estados Unidos para ser miembro de nuestro plan.
- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) nos notifican si usted no cumple los requisitos para seguir siendo miembro por esta razón.
- Debemos cancelar su inscripción si usted no cumple este requisito.

Podemos obligarle a dejar nuestro plan por los siguientes motivos solamente si recibimos primero el permiso de Medicare y de TennCare:

- Si, al inscribirse en nuestro plan, usted nos proporciona intencionalmente información incorrecta que afecta sus requisitos de participación en nuestro plan.
- Si se comporta constantemente de una manera conflictiva y nos dificulta proporcionarles cuidado médico a usted y a otros miembros de nuestro plan.
- Si permite que otra persona use su UCard de UnitedHealthcare para recibir cuidado médico. (Medicare puede pedirle al Inspector General que investigue su caso si terminamos su membresía por este motivo.)

F. Reglas que impiden pedirle que deje nuestro plan por cualquier motivo relacionado con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. Si usted piensa que le estamos pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, **llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

G. Su derecho a presentar una queja si terminamos su membresía en nuestro plan

Si terminamos su membresía en nuestro plan, debemos comunicarle por escrito nuestros motivos para hacerlo. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de terminar su membresía. Además, puede consultar el **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** para obtener información sobre cómo presentar una queja.

H. Cómo obtener más información sobre la terminación de su membresía en el plan

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cómo terminar su membresía, puede llamar a **Servicio al Cliente** al número que se encuentra al final de esta página.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Capítulo 11

Avisos legales

Capítulo 11

Avisos legales

Introducción

Este capítulo incluye los avisos legales que se aplican a su membresía en nuestro plan. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Evidencia de Cobertura**.

A.	Aviso sobre las leyes	258
B.	Aviso sobre antidiscriminación	258
C.	Aviso sobre Medicare como segundo pagador y TennCare como pagador de último recurso	258
D.	Responsabilidad civil ante terceros y subrogación	259
E.	Responsabilidad del miembro	260
F.	Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios	260
G.	Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil	261
H.	Motivos de fuerza mayor	261
I.	Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes.....	262
J.	Evaluación de la tecnología	262
K.	Declaraciones del miembro.....	262
L.	Información disponible a solicitud.....	262
M.	Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2025	263
N.	Compromiso de las Decisiones de Cobertura	264
O.	Términos y Condiciones del Programa de Acondicionamiento Físico.....	264



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

A. Aviso sobre las leyes

Se aplican muchas leyes a esta **Evidencia de Cobertura**. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si la **Evidencia de Cobertura** no contiene ni explica esas leyes. Las leyes principales que se aplican son leyes federales sobre los programas Medicare y TennCare. Además, se pueden aplicar otras leyes federales y estatales.

B. Aviso sobre antidiscriminación

No le discriminamos ni le tratamos diferente debido a su raza, origen étnico, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia de reclamos, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales que protegen contra la discriminación, que incluyen, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación Laboral debido a la Edad de 1975, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben financiamiento federal y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto:

- Llame a la Oficina de Cumplimiento de Derechos Civiles de TennCare. Si desea más información sobre sus derechos o para presentar una queja, visite: tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html. O llame al **855-857-1673** (TRS 711).
- Llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019**. Los usuarios de TTY pueden llamar al **1-800-537-7697**. Para obtener más información, también puede visitar hhs.gov/ocr.
- Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a servicios para el cuidado de la salud o a un proveedor, llame a Servicio al Cliente. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicio al Cliente puede ayudar.

C. Aviso sobre Medicare como segundo pagador y TennCare como pagador de último recurso

A veces, un tercero debe pagar primero los servicios que le prestamos a usted. Por ejemplo, si usted sufre un accidente de tránsito o si se lesiona en el trabajo, un seguro o el Seguro de Accidentes Laborales debe pagar primero.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare, pero por los que Medicare no es el primer pagador.

Cumplimos las leyes y normas federales y estatales relacionadas con la responsabilidad legal de terceros por los servicios para el cuidado de la salud prestados a los miembros. Tomamos todas las medidas razonables para asegurarnos de que TennCare sea el pagador de último recurso. Según las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en las Secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), nuestro plan, como Organización de Planes Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce la Secretaría conforme a las normas de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid en los subapartados B a D de la parte 411 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales, y las reglas establecidas en esta sección sustituyen cualquier ley estatal.

D. Responsabilidad civil ante terceros y subrogación

Si usted sufre una enfermedad o lesión por la que un tercero es presuntamente responsable debido a cualquier acto u omisión negligente o intencional que la haya causado, debe notificarnos rápidamente dicha enfermedad o lesión. Le enviaremos un resumen de cuenta que establece lo que pagamos por los servicios que se prestaron en relación con la enfermedad o lesión. Si usted recupera una cantidad cualquiera de parte de un tercero, debemos recibir un reembolso proveniente de esa recuperación por los pagos que realizamos en nombre de usted, sujeto a las limitaciones que se detallan en los siguientes párrafos.

1. Nuestros pagos son menores que la cantidad restituida. Si nuestros pagos son menores que el total restituido recibido de un tercero (la “cantidad restituida”), nuestro reembolso se calcula de la siguiente manera:
 - a. **Primero:** Determine el índice de los costos de adquisición en relación con la cantidad restituida (el término “costos de adquisición” significa los gastos y costos legales en los que se incurrió para llegar a un acuerdo o fallo).
 - b. **Segundo:** Aplique el índice calculado anteriormente a nuestro pago. El resultado es nuestra parte de los costos de adquisición.
 - c. **Tercero:** Reste nuestra parte de los costos de adquisición de nuestros pagos. El saldo es lo que debe reembolsarnos.
2. Nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida. Si nuestros pagos igualan o exceden la cantidad restituida, lo que debe reembolsarnos es el total restituido menos el total de los costos de adquisición.
3. Incurrimos en costos de adquisición debido a la oposición a hacernos el reembolso. Si debemos demandar al tercero que recibió la cantidad restituida debido a que se opone a hacernos el reembolso, nuestro reembolso es la cantidad que sea menor de las siguientes:



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- a. Los pagos que realizamos en nombre de usted por los servicios; o
- b. la cantidad restituida, menos el costo total de adquisición realizado por dicho tercero.

Sujeto a las limitaciones indicadas anteriormente, usted acepta otorgarnos una cesión y un reclamo y un derecho de retención de cualquier cantidad restituida mediante una satisfacción de deuda, fallo o veredicto. Es posible que le exijamos oficiar documentos y proporcionar la información necesaria para establecer la cesión, el reclamo o el derecho de retención para constatar nuestro derecho a un reembolso, y usted acepta hacerlo.

E. Responsabilidad del miembro

En el caso de que no reembolsemos los cargos de proveedores por servicios cubiertos, usted no será responsable de ninguna cantidad que adeudemos. Ni el plan, ni Medicare pagarán servicios no cubiertos, excepto en el caso de los siguientes gastos aprobados:

- Servicios para emergencias
- Servicios requeridos de urgencia
- Diálisis de rutina recibida fuera del área de servicio durante un viaje (se debe recibir en un Centro de Diálisis Certificado por Medicare dentro de los Estados Unidos)
- Servicios para la posestabilización

Si usted celebra un contrato privado con un proveedor, ni el plan ni Medicare pagarán esos servicios.

F. Los servicios cubiertos por Medicare deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios

Al determinar la cobertura, los servicios deben cumplir el requisito de ser razonables y necesarios conforme a Medicare para que su plan los cubra, a menos que, de otra manera, se indique que son un servicio cubierto. Un servicio es “razonable y necesario” si el servicio:

- Es seguro y eficaz;
- No es experimental ni está en investigación; y
- Es apropiado, incluso la duración y la frecuencia se consideran apropiadas para el servicio, en términos de si el servicio:
 1. Se presta según los estándares aceptados del ejercicio de la medicina para el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad del paciente o para mejorar la función de una parte deformada del cuerpo;
 2. Se presta en un centro apropiado para la enfermedad y las necesidades médicas del paciente;
 3. Es indicado y prestado por personal calificado;



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

4. Satisface, pero no excede, las necesidades médicas del paciente; y
5. Es al menos tan beneficioso como una alternativa médicamente apropiada existente y disponible.

G. Prevención de duplicación de beneficios con cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil

Si usted recibe beneficios como resultado de otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, no duplicaremos esos beneficios. Es su responsabilidad tomar cualquier medida necesaria para recibir el pago proveniente de la cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil cuando sea razonable esperar dichos pagos, además de notificarnos de dicha cobertura cuando esté disponible. Si duplicamos los beneficios a los que usted tiene derecho conforme a otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, podemos pedir un reembolso por el valor razonable de esos beneficios a usted, a su compañía de seguros o a su proveedor de cuidado de la salud, en la medida en que lo permitan las leyes federales o estatales. Proporcionaremos beneficios, en exceso de su otra cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil, si el costo de sus servicios para el cuidado de la salud excede dicha cobertura. **Usted tiene la obligación de cooperar con nosotros para que obtengamos el pago de la compañía de seguros de su cobertura de Seguro de Automóvil, contra Accidentes o de Responsabilidad Civil. Su falta de cooperación podría resultar en la cancelación de su membresía en el plan.**

H. Motivos de fuerza mayor

Si, debido a una catástrofe natural, guerra, disturbio, insurrección civil, destrucción parcial o total de un centro, ordenanza, ley o decreto de una agencia gubernamental o cuasi gubernamental, disputa laboral (cuando dicha disputa no dependa de nosotros) o cualquier otra emergencia o evento similar que no esté bajo nuestro control, los proveedores no pudieran prestar los servicios de salud o hacer los arreglos necesarios para que sean prestados conforme a esta Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información, intentaremos hacer los arreglos necesarios para prestar los servicios cubiertos en la medida en que sea factible y según nuestro mejor criterio. Ni nosotros ni ningún proveedor tendremos ninguna responsabilidad civil ni obligación por no prestar los servicios cubiertos o no hacer los arreglos necesarios para que sean prestados, o por demorarnos en hacerlo si dicha demora es el resultado de alguna de las circunstancias anteriormente descritas.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

I. Los proveedores médicos y hospitales de la red contratantes son contratistas independientes

La relación entre el plan y los proveedores y hospitales de la red es una relación de contratista independiente. Ninguno de los proveedores u hospitales de la red, ni sus médicos o empleados son empleados ni agentes del plan. Un agente sería cualquier persona o entidad autorizada a actuar en nombre del plan.

J. Evaluación de la tecnología

Revisamos regularmente los nuevos procedimientos, dispositivos y medicamentos para determinar si son seguros y eficaces para nuestros miembros. Los nuevos procedimientos y tecnologías que sean seguros y eficaces cumplen los requisitos para comenzar a ser servicios cubiertos. Si la tecnología se convierte en un servicio cubierto, estará sujeta a todos los demás términos y condiciones del plan, entre ellos, la necesidad médica y cualquier copago, coseguro y deducible del miembro u otras contribuciones de pago que correspondan.

Para determinar si cubriremos un servicio, usamos pautas patentadas para la evaluación de tecnologías para revisar nuevos dispositivos, procedimientos y medicamentos, incluso los relacionados con la salud del comportamiento o la salud mental. Cuando una necesidad clínica requiere una determinación rápida de la seguridad y la eficacia de una nueva tecnología o de una nueva aplicación de una tecnología existente para un miembro en particular, uno de nuestros Directores Médicos toma una determinación de necesidad médica según la documentación médica del miembro en particular, la revisión de evidencias científicas publicadas y, cuando corresponda, la opinión profesional o especializada pertinente de una persona con pericia en esa tecnología.

K. Declaraciones del miembro

Ante la ausencia de fraude, todas las declaraciones que usted haga se considerarán afirmaciones y no garantías. Ninguna de esas declaraciones anulará la cobertura ni reducirá los servicios cubiertos conforme a esta Evidencia de Cobertura, ni se usará como defensa de una acción legal, a menos que esté expresada en una solicitud por escrito.

L. Información disponible a solicitud

Como miembro del plan, usted tiene derecho a solicitar información sobre lo siguiente:

- Información general de la cobertura e información comparativa del plan
- Procedimientos para controlar la utilización
- Programas para el mejoramiento de la calidad

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

- Datos estadísticos sobre quejas formales y apelaciones
- La situación financiera de UnitedHealthcare Insurance Company o de una de sus compañías afiliadas

M. Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2025

Comunicación de Parte de un Miembro de Casos de Fraude y Abuso en el Año 2025

Cómo puede combatir el fraude relacionado con el cuidado de la salud

Nuestra compañía tiene el compromiso de prevenir el fraude, el uso indebido y el abuso en los programas de beneficios de Medicare y, para eso, le pedimos su ayuda. Si usted identifica un posible caso de fraude, avisenoslo inmediatamente.

Estos son algunos ejemplos de posibles casos de fraude relacionados con Medicare:

- Un proveedor de cuidado de la salud - como un médico, una farmacia o una compañía de dispositivos médicos - le factura servicios que usted nunca recibió;
- Un distribuidor le factura un equipo diferente al que usted recibió;
- Alguien usa la tarjeta de Medicare de otra persona para recibir cuidado médico, medicamentos con receta, suministros o equipos;
- Alguien factura por un equipo médico de uso en el domicilio después de que ese equipo ya se devolvió;
- Una compañía ofrece un plan de salud o de medicamentos de Medicare que no ha sido aprobado por Medicare; o
- Una compañía usa información falsa para inducirle de manera engañosa a inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare. Para denunciar un posible caso de fraude en un programa de beneficios de Medicare, llame a Servicio al Cliente de UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Esta línea directa le permite denunciar casos de manera anónima y confidencial. Haremos todo lo posible por mantener su confidencialidad. Sin embargo, si se debe involucrar a un organismo responsable de hacer cumplir la ley, no podremos garantizar su confidencialidad. Tenga la certeza de que nuestra organización no tomará ninguna medida en contra de usted por denunciar de buena fe un posible caso de fraude. También puede denunciar posibles casos de fraude en servicios médicos o en medicamentos con receta ante el Contratista de Integridad de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Integrity Contractor, MEDIC) por teléfono al **1-877-7SafeRx (1-877-772-3379)** o directamente ante el programa Medicare si llama al **1-800-633-4227**. El número de fax de Medicare es el **1-717-975-4442** y el sitio web es **es.medicare.gov**.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

N. Compromiso de las Decisiones de Cobertura

Los médicos y el personal de servicios clínicos de UnitedHealthcare toman decisiones sobre los servicios para el cuidado de la salud que usted recibe según la idoneidad del cuidado y del servicio, y de la existencia de cobertura. Los médicos y el personal clínico que toman estas decisiones: 1. No son recompensados específicamente por emitir decisiones de denegación de la cobertura; 2. No ofrecen incentivos a médicos ni a otros profesionales de cuidado de la salud para animar la subutilización inapropiada de cuidado o de servicios; y 3. No contratan, promueven ni despiden a médicos ni a otras personas según la probabilidad, o la aparente probabilidad, de que la persona apoyará o tendrá tendencia a apoyar la denegación de beneficios.

O. Términos y Condiciones del Programa de Acondicionamiento Físico

Requisitos de Participación

Solo los miembros inscritos en un Plan de Medicare participante asegurado por UnitedHealthcare Insurance Company (“UnitedHealthcare”) y sus compañías afiliadas cumplen los requisitos para participar en el programa de acondicionamiento físico (el “Programa”), según lo descrito en la Sección 2 del Capítulo 4. Al inscribirse en el Programa, por medio del presente documento, usted acepta que está legalmente obligado por estos Términos y Condiciones.

Requisitos de Inscripción

La membresía y participación en el Programa es voluntaria. Para participar, usted debe inscribirse según las instrucciones del proveedor de acondicionamiento físico. Para obtener la información de contacto, consulte la Hoja de Información sobre Proveedores.

Tenga en cuenta que, al inscribirse en el programa, usted está eligiendo divulgar que es un miembro con un plan de Medicare de UnitedHealthcare participante. La inscripción en el Programa es individual y la exención de pago de la tarifa de membresía mensual del Programa por los servicios de membresía estándar en gimnasios y centros de acondicionamiento físico participantes solo se aplica a membresías individuales.

Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios sin cobertura o de los productos y servicios tarifados similares ofrecidos por proveedores de servicios del Programa (incluidos, entre otros, gimnasios o centros de acondicionamiento físico, ofertas digitales de acondicionamiento físico, proveedores de servicios cognitivos digitales y otras ofertas de servicios externos disponibles a través del Programa), que incluyen, entre otros, tarifas asociadas con sesiones de entrenamiento personal, clases especializadas y niveles optimizados de membresía en los centros, más allá del nivel básico o estándar de membresía. La membresía en un programa de acondicionamiento físico, el equipo, las clases, los planes de acondicionamiento físico personalizados, el acceso para los cuidadores y los eventos pueden variar según el sitio. El acceso a la red de gimnasios y centros de acondicionamiento físico puede variar según el sitio.

? **Si tiene preguntas**, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Exención de Responsabilidad

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, siempre consulte a un médico. Algunos servicios, descuentos, clases, eventos y ofertas de acondicionamiento físico en Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare u otros terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios externos está sujeta a su aceptación de sus respectivas condiciones y normas. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de la información ni de los servicios proporcionados por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias y compañías afiliadas no avalan ni son responsables de la información ni los servicios proporcionados por terceros, ni del contenido de cualquier sitio web vinculado, ni tampoco de lesiones que usted pueda sufrir mientras participa en cualquiera de las actividades del Programa.

Otros Requisitos

Usted debe verificar que el gimnasio, el centro de acondicionamiento físico o el proveedor de servicios en particular participe en el Programa antes de inscribirse. Si un proveedor de servicios del Programa que usted usa, como un gimnasio o un centro de acondicionamiento físico, deja de participar en el Programa, se discontinuará su participación en el Programa y su exención de pago de la tarifa de membresía mensual con dicho proveedor de servicios a través del Programa hasta que usted se inscriba en otro servicio ofrecido por un proveedor de servicios participante. Si usted decide seguir recibiendo servicios de un proveedor de servicios una vez que este deje de participar en nuestro Programa, usted será responsable de pagar las tarifas de membresía estándar del proveedor de servicios. Si desea cancelar su membresía con dicho proveedor de servicios, puede optar por hacerlo según la norma de cancelación del proveedor de servicios correspondiente, incluso del gimnasio o del centro de acondicionamiento físico correspondientes. Debe revisar sus derechos de cancelación con un proveedor de servicios cuando elige inicialmente inscribirse con dicho proveedor de servicios.

El beneficio de acondicionamiento físico varía según el plan o el área, y es posible que no esté disponible en todos los planes. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico. La información proporcionada es para su conocimiento solamente y no sustituye consejo médico. 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. La red de gimnasios puede variar en el mercado local y el plan.

Requisitos de Datos

El administrador del Programa o su proveedor de servicios recopilarán y enviarán o recibirán electrónicamente la mínima cantidad necesaria de su información personal para facilitar el Programa según los requisitos de las leyes vigentes, incluso las leyes de privacidad. Dicha información personal necesaria incluye, entre otros datos, el código de confirmación del



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

programa, la ID de membresía en el gimnasio, centro de acondicionamiento físico o proveedor, el año y mes de actividad, y el recuento de visitas mensuales. Al inscribirse en el Programa, usted autoriza al administrador del Programa y a su proveedor de servicios a solicitar o proporcionar dicha información personal.

©2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

? **Si tiene preguntas,** llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.myuhc.com/CommunityPlan)**.

Capítulo 12

Definiciones de palabras importantes

Introducción

Este capítulo incluye los términos clave que se usan en toda su **Evidencia de Cobertura**, con sus definiciones. Los términos aparecen en orden alfabético. Si usted no puede encontrar un término que está buscando o si necesita más información de la que incluye una definición, comuníquese con Servicio al Cliente.

Actividades de la vida diaria (activities of daily living, ADL): Las cosas que las personas hacen en un día normal, como comer, ir al baño, vestirse, bañarse o cepillarse los dientes.

Apelación: Manera en la que usted cuestiona nuestra forma de actuar si cree que cometimos un error. Puede pedirnos que cambiemos una decisión de cobertura mediante la presentación de una apelación. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica las apelaciones, incluso cómo presentar una apelación.

Apoyos y servicios a largo plazo (long-term services and supports, LTSS): Ayudan a mejorar una enfermedad a largo plazo. La mayoría de estos servicios le ayudan a seguir viviendo en su domicilio para no tener que ir a un centro de enfermería o a un hospital. El programa Apoyos y Servicios a Largo Plazo incluye servicios en la comunidad y Centros de Enfermería (Nursing Facilities, NF).

Área de servicio: Área geográfica donde un plan de salud acepta miembros, si limita la membresía según el lugar donde viven las personas. En los planes que limitan los médicos y hospitales que usted puede usar, generalmente es el área donde usted puede recibir servicios de rutina (que no son de emergencia). Solamente las personas que viven en nuestra área de servicio pueden inscribirse en nuestro plan.

Asilo de convalecencia o centro de enfermería: Lugar que proporciona cuidado a las personas que no pueden recibir cuidado a domicilio, pero que no necesitan estar en el hospital.

Audiencia Estatal: Si su médico u otro proveedor pide un servicio de Medicaid que no aprobaremos, o si no seguiremos pagando un servicio de Medicaid que usted ya recibe, puede solicitar una Audiencia Estatal. Si la Audiencia Estatal se decide a su favor, debemos prestarle el servicio que pidió.

Auxiliar de asistencia médica a domicilio: Persona que presta servicios para los que no se necesita la especialización de una enfermera o de un terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios indicados). Los auxiliares de asistencia médica a domicilio no tienen licencia para ejercer la enfermería ni prestan servicios de terapia.

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte “Biosimilar Intercambiable”).



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Biosimilar Intercambiable: Un biosimilar que se puede sustituir en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Cancelación de la inscripción: Proceso para terminar su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por su decisión propia) o involuntaria (no por su decisión propia).

Capacitación en competencia cultural: Capacitación que proporciona formación adicional para nuestros proveedores de cuidado de la salud que les ayuda a comprender mejor sus orígenes, principios y creencias para adaptar los servicios a fin de que satisfagan sus necesidades sociales, culturales y de idioma.

Centro de cirugía ambulatoria: Centro que realiza cirugías para pacientes ambulatorios, es decir, a pacientes que no necesitan cuidado hospitalario y que no se espera que necesiten más de 24 horas de cuidado.

Centro de Cuidados Paliativos: Programa de cuidado y apoyo para ayudar a las personas que tienen un pronóstico terminal a que vivan con comodidad. Un pronóstico terminal se refiere a que una persona tiene una enfermedad terminal certificada médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos.

- Un miembro que tiene un pronóstico terminal tiene derecho a elegir cuidados paliativos.
- Un equipo especialmente capacitado de profesionales y cuidadores atienden a la persona en todos los aspectos, incluidas las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales.
- Debemos proporcionarle una lista de los proveedores de cuidados paliativos en su área geográfica.

Centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Centro de enfermería con personal y equipo para proporcionar cuidado de enfermería especializada y, en la mayoría de los casos, servicios de rehabilitación especializada y otros servicios de salud relacionados.

Centro para rehabilitación integral de pacientes ambulatorios (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): Centro que principalmente presta servicios de rehabilitación después de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Presta una variedad de servicios, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, terapia del habla y servicios de evaluación ambiental de su domicilio.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Agencia federal a cargo de Medicare. El **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura** explica cómo comunicarse con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo): Consejo que revisa las apelaciones de Nivel 4. El Consejo es parte del gobierno federal.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite MyUHC.com/CommunityPlan.

Coordinador del cuidado de la salud: La persona principal que colabora con usted, con el plan de salud y con sus proveedores de cuidado para asegurarse de que usted reciba el cuidado que necesite.

Cuidado de emergencia: Servicios cubiertos prestados por un proveedor capacitado para prestar servicios para emergencias y necesarios para tratar una emergencia médica o de salud del comportamiento.

Cuidado en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Cuidado de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se prestan diaria y continuamente en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de cuidado en un centro de enfermería especializada incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas (IV) que puede administrar una enfermera titulada o un médico.

Cuidado requerido de urgencia: Cuidado que usted recibe para una enfermedad, lesión o problema de salud imprevisto que no es una emergencia, pero que necesita cuidado de inmediato. Puede obtener cuidado requerido de urgencia de proveedores fuera de la red cuando no sea posible o razonable obtener servicios de proveedores de la red debido a su hora, lugar o circunstancias (por ejemplo, cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan y necesite servicios inmediatos médicamente necesarios para una enfermedad imprevista, pero que no es una emergencia médica).

Decisión de cobertura: Decisión sobre qué beneficios cubrimos. Esto incluye las decisiones sobre los medicamentos y servicios cubiertos, o lo que pagamos por sus servicios de salud. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Determinación de la organización: Nuestro plan toma una determinación de la organización cuando nosotros, o uno de nuestros proveedores, decide si los servicios están cubiertos o cuánto paga usted por los servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura”. El **Capítulo 9** de su **Evidencia de Cobertura** explica las decisiones de cobertura.

Emergencia: Emergencia médica cuando usted o cualquier otra persona con conocimientos promedio de salud y medicina creen que usted tiene síntomas médicos que necesitan atención médica inmediata para prevenir la muerte, la pérdida de una parte del cuerpo o la pérdida o limitación grave de una función corporal (y, si está embarazada, la pérdida de un feto). Los síntomas médicos pueden ser un problema de salud, una lesión, dolor grave o una enfermedad que está empeorando rápidamente.

Equipo de cuidado de la salud: Consulte “Equipo de Cuidado Interdisciplinario”.

Equipo de Cuidado Interdisciplinario (Interdisciplinary Care Team, ICT) (o Equipo de cuidado de la salud): Un equipo de cuidado de la salud puede incluir médicos, enfermeras, asesores u otros profesionales de salud que están para ayudarle a recibir el cuidado que usted necesite. Su equipo de cuidado de la salud también le ayuda a elaborar un plan de cuidado.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME): Ciertos artículos que su médico le indica para que usted use en su domicilio. Ejemplos de estos artículos son sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones motorizados, suministros para la diabetes, camas de hospital que un proveedor indique para uso en el domicilio, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipos de oxígeno y suministros, nebulizadores y andadores.

Especialista: Médico que proporciona cuidado de la salud para una enfermedad o una parte del cuerpo específica.

Evaluación de riesgos para la salud (health risk assessment, HRA): Revisión de su historial médico y de su estado actual. Se usa para obtener información sobre su salud y cómo podría cambiar en el futuro.

Evidencia de Cobertura y Divulgación de Información: Este documento, junto con su solicitud de inscripción y todo otro documento adjunto o cláusula adicional, que explican su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que usted debe hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción: Permiso para obtener la cobertura de un medicamento que normalmente no está cubierto o para usar el medicamento sin ciertas reglas y limitaciones.

Facturación indebida o inapropiada: Situación en la que un proveedor (como un médico o un hospital) le factura más que nuestro costo compartido del plan por los servicios. Si recibe alguna factura que no comprende, llame a Servicio al Cliente.

Dado que pagamos el costo total de sus servicios, usted **no** debe pagar ningún costo compartido. Los proveedores no deben facturarle nada por estos servicios.

Farmacia de la red: Farmacia que aceptó surtir las recetas a los miembros de nuestro plan. Las llamamos “farmacias de la red” porque han aceptado trabajar con nuestro plan. En la mayoría de los casos, cubrimos sus medicamentos con receta solamente cuando se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no ha aceptado trabajar con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que usted obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Gastos de su bolsillo: El requisito de costo compartido para los miembros, que deben pagar una parte de los servicios o los medicamentos que obtienen, también se llama requisito de gastos “de su bolsillo”. Consulte la definición de “costo compartido” indicada anteriormente.

Herramienta de Búsqueda de Beneficios en Tiempo Real: Portal o aplicación informática en que los miembros pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica del miembro sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye los costos compartidos, los medicamentos alternativos que se pueden usar para la misma enfermedad que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (preautorización, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

? Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY 711), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Información de salud personal (personal health information, PHI) (también llamada Información de salud protegida): Información sobre usted y su salud, como su nombre, dirección, número del Seguro Social, visitas médicas e historial médico. Para obtener más información sobre cómo protegemos, usamos y divulgamos su información de salud personal, así como sus derechos con respecto a su información de salud personal, consulte nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad.

Juez de derecho administrativo: Juez que revisa las apelaciones de Nivel 3.

Límites de cantidad: Límite en la cantidad de un medicamento que usted puede obtener. Podemos limitar la cantidad del medicamento que cubrimos por cada receta.

Lista de Medicamentos Cubiertos (Lista de Medicamentos): Lista de los medicamentos con receta y sin receta (OTC) que cubrimos. Elegimos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La Lista de Medicamentos le indica si hay alguna regla que usted tenga que seguir para obtener sus medicamentos. A veces, a la Lista de Medicamentos se le llama “formulario”.

Manejo de Terapias de Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): Servicio específico o grupo definido de servicios prestados por proveedores de cuidado de la salud, incluidos los farmacéuticos, para asegurar los mejores resultados terapéuticos para los pacientes. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 5** de su **Evidencia de Cobertura**.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa administrado por el gobierno federal y el estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

Medicamento necesarios: Describe los servicios, suministros o medicamentos que usted necesita para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, o para mantener su estado de salud actual. Esto incluye el cuidado que evita que vaya a un hospital o un centro de enfermería. También significa que los servicios, suministros o medicamentos cumplen los estándares aceptados del ejercicio de la medicina.

Medicamento de marca: Medicamento con receta que elabora y vende la compañía que originalmente fabricó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen los mismos ingredientes que las versiones genéricas de los medicamentos. Los medicamentos genéricos habitualmente son fabricados y vendidos por otras compañías farmacéuticas.

Medicamento genérico: Medicamento con receta aprobado por el gobierno federal para ser usado en lugar de un medicamento de marca. Los medicamentos genéricos tienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos y surten exactamente el mismo efecto que los medicamentos de marca.

Medicamentos cubiertos: Término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con y sin receta (OTC) que cubre nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Consulte “Medicamentos de la Parte D de Medicare”.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [MyUHC.com/CommunityPlan](https://www.MyUHC.com/CommunityPlan).

Medicamentos de la Parte D de Medicare: Medicamentos cubiertos por la Parte D de Medicare. El Congreso excluye específicamente ciertas categorías de medicamentos de la cobertura de la Parte D de Medicare. Es posible que Medicaid cubra algunos de estos medicamentos.

Medicamentos sin receta (over-the-counter, OTC): Medicamentos que una persona puede comprar sin una receta de un profesional de cuidado de la salud.

Medicare: Programa federal de seguro de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón). Los beneficiarios de Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original o de un plan de cuidado administrado (consulte “Plan de salud”).

Medicare Advantage: Programa de Medicare, también conocido como “Parte C de Medicare” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que ofrece planes Medicare Advantage a través de compañías privadas. Medicare paga a estas compañías para que cubran sus beneficios de Medicare.

Medicare Original (Medicare tradicional o Medicare de tarifa por servicio): El gobierno ofrece Medicare Original. En Medicare Original, los servicios se cubren mediante el pago de las cantidades que determina el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud.

- Usted puede usar cualquier médico, hospital u otro proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Medicare Original tiene dos partes: La Parte A de Medicare (seguro hospitalario) y la Parte B de Medicare (seguro médico).
- Medicare Original está disponible en cualquier parte de los Estados Unidos.
- Si usted no desea estar en nuestro plan, puede elegir Medicare Original.

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): Beneficiario de Medicare y de TennCare que califica para recibir servicios cubiertos, se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) y por el estado.

Miembro de Medicare-Medicaid: Persona que califica para la cobertura de Medicare y de Medicaid. A los miembros de Medicare-Medicaid también se les llama “personas con elegibilidad doble”.

Ombudsman: Oficina de su estado que trabaja como defensora en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer. Los servicios del ombudsman son gratuitos. Usted puede encontrar más información en los

Capítulos 2 y 9 de su **Evidencia de Cobertura**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Organización de revisión independiente (independent review organization, IRO): Organización independiente contratada por Medicare que revisa las apelaciones de Nivel 2. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o si debemos modificarla. Medicare supervisa su trabajo. El nombre formal es Entidad de Revisión Independiente.

Organización para el mejoramiento de la calidad (quality improvement organization, QIO): Grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ayudan a mejorar la calidad del cuidado para los beneficiarios de Medicare. El gobierno federal le paga a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para que verifiquen y mejoren el cuidado que reciben los pacientes. Para obtener información sobre la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.

Paciente hospitalizado: Término usado cuando usted es admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Si no es admitido formalmente, aún se le podría considerar un paciente ambulatorio en lugar de un paciente hospitalizado, aunque pase la noche en el hospital.

Parte A: Consulte “Parte A de Medicare”.

Parte A de Medicare: Programa de Medicare que cubre la mayoría de los servicios médicamente necesarios de cuidado hospitalario, de cuidado en un centro de enfermería especializada, de cuidado de asistencia médica a domicilio y de cuidados paliativos.

Parte B: Consulte “Parte B de Medicare”.

Parte B de Medicare: Programa de Medicare que cubre servicios (como análisis de laboratorio, cirugías y visitas al médico) y suministros (como sillas de ruedas y andadores) que son médicamente necesarios para tratar una enfermedad o afección. La Parte B de Medicare también cubre muchos servicios preventivos y de detección.

Parte C: Consulte “Parte C de Medicare”.

Parte C de Medicare: Programa de Medicare, también conocido como “Medicare Advantage” o “Planes Medicare Advantage (MA)”, que permite a las compañías de seguros de salud privadas proporcionar beneficios de Medicare a través de un Plan Medicare Advantage.

Parte D: Consulte “Parte D de Medicare”.

Parte D de Medicare: Programa de beneficios de medicamentos con receta de Medicare. Para abreviar, a este programa lo llamamos “Parte D”. La Parte D de Medicare cubre los medicamentos con receta, las vacunas y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A ni la Parte B de Medicare ni por Medicaid. Nuestro plan incluye la Parte D de Medicare.

Plan de cuidado: Consulte “Plan de Cuidado Individualizado”.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Plan de Cuidado Individualizado (Individualized Care Plan, ICP) (o Plan de Cuidado): Plan que describe qué servicios usted recibirá y la forma en que los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento y apoyos y servicios a largo plazo.

Plan de salud: Organización integrada por médicos, hospitales, farmacias, proveedores de servicios a largo plazo, así como otros proveedores. También cuenta con coordinadores del cuidado de la salud para ayudarle a administrar la totalidad de sus proveedores y servicios. Todos colaboran para proporcionarle el cuidado que usted necesite.

Plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble que cubre Medicare y la mayoría o todos los servicios de Medicaid en un solo plan de salud para ciertos grupos de personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como para Medicaid. A estas personas se les conoce como personas con elegibilidad doble y beneficios completos.

Plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP): Plan de salud que presta servicios a las personas que cumplen los requisitos tanto para Medicare como de Medicaid. Nuestro plan es un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble.

Preautorización (prior authorization, PA): Aprobación que usted debe obtener de nosotros antes de poder recibir un servicio o medicamento específico, o de usar un proveedor fuera de la red. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que nuestro plan no cubra el servicio o medicamento.

Nuestro plan cubre algunos servicios médicos de la red solamente si su médico u otro proveedor de la red obtienen nuestra preautorización.

- Los servicios cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Nuestro plan cubre algunos medicamentos solamente si usted obtiene nuestra preautorización.

- Los medicamentos cubiertos que necesitan la preautorización de nuestro plan se indican en la **Lista de Medicamentos Cubiertos** y las reglas están publicadas en el sitio web de nuestro plan.

Producto Biológico: Medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales y vegetales, bacterias u hongos. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que los productos alternativos se llaman biosimilares. (Consulte también “Producto Biológico Original” y “Biosimilar”).

Producto Biológico Original: Producto biológico aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se llama producto de referencia.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Programa Ayuda Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. También se le llama “Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” (Low-Income Subsidy, “LIS”).

Programa de administración de medicamentos (drug management program, DMP): Programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opiáceos con receta y otros medicamentos que suelen ser objeto de abuso.

Programa de ayuda de medicamentos para el sida (AIDS drug assistance program, ADAP): Programa que ayuda a las personas que cumplen los requisitos y que viven con el VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida.

Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program for All-inclusive Care for the Elderly, PACE): Programa que cubre los beneficios combinados de Medicare y de Medicaid para las personas mayores de 55 años que necesitan un mayor nivel de cuidado para vivir en su domicilio.

Programa para la prevención de la diabetes de Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP): Programa de salud estructurado para el cambio del comportamiento que proporciona capacitación en cambio dietario a largo plazo, mayor actividad física y estrategias destinadas a superar las dificultades para sostener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.

Programa Seguridad de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados, y que sean discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años. Los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Complementario no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Prótesis y Ortesis: Dispositivos médicos que le indica su médico u otro proveedor de cuidado de la salud y que incluyen, entre otros, abrazaderas ortopédicas para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluso los suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP): Médico u otro proveedor que usted usa primero para la mayoría de los problemas de salud. Este proveedor se asegura de que usted reciba el cuidado que necesite para mantenerse saludable.

- También es posible que hable con otros médicos y proveedores de cuidado de la salud sobre su cuidado, y que le refiera a ellos.
- En muchos planes de salud de Medicare, usted debe usar su proveedor de cuidado primario antes de usar cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.
- Para obtener información sobre cómo recibir cuidado de proveedores de cuidado primario, consulte el **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura**.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606 (TTY 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para médicos, enfermeras y otras personas que le prestan servicios y cuidado. El término también incluye hospitales, agencias de asistencia médica a domicilio, clínicas y otros lugares que le prestan servicios para el cuidado de la salud, equipos médicos y apoyos y servicios a largo plazo.

- Tienen licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios para el cuidado de la salud.
- Les llamamos “proveedores de la red” cuando acuerdan trabajar con nuestro plan de salud, aceptar nuestro pago y no cobrar una cantidad adicional a los miembros.
- Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para recibir servicios cubiertos. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor fuera de la red o Centro fuera de la red: Proveedor o centro que no es empleado de nuestro plan, no es propiedad de este ni es operado por este, y que no tiene un contrato para prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. El **Capítulo 3** de su **Evidencia de Cobertura** explica los proveedores o centros fuera de la red.

Queja: Declaración verbal o escrita en la que usted expresa un problema o una inquietud sobre su cuidado o servicios cubiertos. Esto incluye cualquier inquietud sobre la calidad del servicio, la calidad del cuidado que recibió, los proveedores de nuestra red o las farmacias de nuestra red. El nombre formal para presentar una queja es presentar una queja formal.

Queja Formal: Queja que usted presenta sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red. Esto incluye una queja sobre la calidad del cuidado que recibió o la calidad del servicio prestado por su plan de salud.

Referencia: Aprobación de su proveedor de cuidado primario (PCP) para usar otro proveedor que no sea su proveedor de cuidado primario. Si usted no obtiene la aprobación primero, es posible que no cubramos los servicios. No necesita una referencia para usar ciertos especialistas, como los especialistas en salud de la mujer. Puede encontrar más información sobre las referencias en los **Capítulos 3 y 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Salud del Comportamiento: Término que engloba todos los trastornos de salud mental y por consumo de sustancias.

Servicio al Cliente: Departamento de nuestro plan que se encarga de responder sus preguntas sobre membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Para obtener más información sobre Servicio al Cliente, consulte el **Capítulo 2** de su **Evidencia de Cobertura**.

Servicios cubiertos: Término general que usamos para referirnos a todos los servicios para el cuidado de la salud, apoyos y servicios a largo plazo, suministros, medicamentos con receta y sin receta, equipos y otros servicios que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare, incluso nuestro plan, deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

Servicios de rehabilitación: Tratamiento que usted recibe para recuperarse de una enfermedad, un accidente o una operación mayor. Si desea más información sobre los servicios de rehabilitación, consulte el **Capítulo 4** de su **Evidencia de Cobertura**.

Servicios Excluidos: Servicios que no están cubiertos por este plan de salud.

Subsidio para personas de bajos ingresos (low-income subsidy, LIS): Consulte “Programa Ayuda Adicional”.

TennCare: Es el nombre del programa de Medicaid de Tennessee. TennCare es administrado por el estado y lo pagan el estado y el gobierno federal. El programa ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos y de apoyos y servicios a largo plazo.

- Cubre servicios adicionales y algunos medicamentos que no cubre Medicare.
- Los programas de Medicaid varían según el estado, pero, si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid, la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos.

Terapia escalonada: Regla de cobertura que le exige probar otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que usted pide.



Si tiene preguntas, llame a UHC Dual Complete TN-Y001 (HMO-POS D-SNP) al **1-800-690-1606** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **MyUHC.com/CommunityPlan**.

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

Servicio al Cliente:



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

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

TTY 711

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



Escriba a: **P.O. Box 30769, Salt Lake City, UT 84130-0769**



myUHC.com/CommunityPlan

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento gratuito sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare. Usted puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de su estado al número que se indica en la Sección 3 del Capítulo 2 de la Evidencia de Cobertura.

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)

Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1051. Si usted tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.