



# Guía de Inscripción 2025

**UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP)**

H1045-061-000

**Área de servicio:** Florida - Condados de Broward, Miami-Dade



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



## Simplifique su día con beneficios pensados para usarse

Su UCard®, exclusiva de UnitedHealthcare, es mucho más que solo su tarjeta de ID de miembro. Le da acceso a una amplia red de proveedores de Medicare Advantage, que incluye médicos y especialistas. Además, úsela para pagar productos de venta sin receta y alimentos saludables, y para comprar productos aprobados de marcas que usted conoce, como Walmart, Walgreens y muchas más con sus recompensas ganadas. Acceda a su UCard e información de salud con la aplicación UnitedHealthcare que es fácil de usar y está calificada como la número 1 en seguros de salud. Desde elegir su plan y usar su plan, hasta disfrutar de toda su vida por delante, UnitedHealthcare lo hace más fácil que nunca.



## Reciba más por su dinero de Medicare

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



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

Cuente con nosotros cuando nos necesite. Le ayudaremos a buscar el plan adecuado con información educativa sobre el plan fácil de entender, útiles herramientas en Internet y amables Especialistas en Planes de Medicare de UnitedHealthcare.<sup>1</sup> Nuestros representantes y navegadores le ayudan a obtener las respuestas y el cuidado que usted necesita. Deje que los más de 45 años de experiencia de UnitedHealthcare trabajen para usted.

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

# UCard le abre las puertas donde importa

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



## Visite a un proveedor o surta una receta

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



## Compre alimentos saludables y productos de venta sin receta, o pague facturas de servicios públicos

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



## Gaste las recompensas ganadas

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



## Se registre en el gimnasio

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



# Aproveche un plan especialmente diseñado

Este plan es para los beneficiarios de Medicare con cobertura de Medicaid y tiene muchos beneficios adicionales que pueden ayudarle a llevar una vida más saludable. Tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de calidad, diseñada para que usted reciba el cuidado que necesita.



## Así es como funciona este plan HMO D-SNP



### Use siempre proveedores de la red.

El plan no cubre cuidado médico recibido de proveedores fuera de la red. (Excepto servicios para el cuidado de emergencia, el cuidado de urgencia y la diálisis renal.)



**Elija un proveedor de cuidado primario para que supervise y ayude a administrar su cuidado.** Es requerido por el plan, pero también es muy beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**\$0 de copago por servicios preventivos.** Consulte el Resumen de Beneficios en esta guía para saber qué está cubierto y cuánto pagará por los servicios cubiertos.



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



**Este plan tiene un máximo anual de gastos de su bolsillo.** Si usted alcanza el límite, el plan pagará el 100% de los servicios cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.



**Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos en cualquier parte del mundo.**



**Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta.** Use siempre farmacias de la red. Es posible que pague más o que pague el costo total de los medicamentos que reciba de farmacias que no están dentro de la red.

Visite **myPreferredCare.com** para buscar un proveedor o una farmacia de la red en los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos



# Beneficios Importantes

## UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP)

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

| Costos del plan                                                                                                                               |                                                                                                                                                         |                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Prima mensual del plan                                                                                                                        | \$0 con el programa “Ayuda Adicional”                                                                                                                   | \$20.30 sin el programa “Ayuda Adicional” |
|                                                                                                                                               |                                                                                                                                                         |                                           |
| Beneficios médicos                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |                                           |
| Deducible Médico Anual                                                                                                                        | Sin deducible                                                                                                                                           |                                           |
| Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura)                  | \$2,900                                                                                                                                                 |                                           |
| Visita al consultorio médico                                                                                                                  |                                                                                                                                                         |                                           |
| Proveedor de cuidado primario (PCP)                                                                                                           | \$0 de copago                                                                                                                                           |                                           |
| Especialista                                                                                                                                  | \$0 de copago (no se necesita una referencia)                                                                                                           |                                           |
| Visitas virtuales                                                                                                                             | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |                                           |
| Servicios preventivos                                                                                                                         | \$0 de copago                                                                                                                                           |                                           |
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados                                                                                            | \$0 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días                                                                                          |                                           |
| Centro de enfermería especializada (SNF)                                                                                                      | \$0 de copago por día, días 1 a 100                                                                                                                     |                                           |
| Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan) | \$75 de copago                                                                                                                                          |                                           |

| Beneficios médicos                                                                                                           |                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>                                                                 |                                                                                                                                                         |
| Terapia de grupo                                                                                                             | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| Terapia individual                                                                                                           | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| Visitas virtuales                                                                                                            | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |
| <b>Suministros para el control de la diabetes</b>                                                                            | \$0 de copago para las marcas que tienen cobertura                                                                                                      |
| <b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b> | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>                                                             | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| <b>Servicios de laboratorio</b>                                                                                              | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| <b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>                                                                              | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| <b>Ambulancia</b>                                                                                                            | \$275 de copago por transporte terrestre o aéreo                                                                                                        |
| <b>Cuidado de emergencia</b>                                                                                                 | \$140 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita                                                   |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>                                                                                      | \$0 de copago (mundial)                                                                                                                                 |
| Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original                                                               |                                                                                                                                                         |
| <b>Examen médico de rutina</b>                                                                                               | \$0 de copago, 1 por año                                                                                                                                |
| <b>Exámenes de la vista de rutina</b>                                                                                        | \$0 de copago, 1 por año                                                                                                                                |
| <b>Artículos para la vista de rutina</b>                                                                                     | \$0 de copago<br>El plan paga hasta \$200 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto.                                                             |

## Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original

|                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                     | Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos).                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Servicios Dentales – preventivos</b>                                                             | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Servicios Dentales – integrales</b>                                                              | Con cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan \$0 de copago por servicios dentales integrales                                                                                                                                                                                               |
| <b>Servicios para la Audición - examen de rutina</b>                                                | \$0 de copago, 1 por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Aparatos auditivos</b>                                                                           | <p>\$99 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año a través de proveedores de la red.</p> <p>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos).</p> |
| <b>Programa de acondicionamiento físico</b>                                                         | \$0 de copago, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria.                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Transporte de rutina</b>                                                                         | \$0 de copago por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Cuidado de los pies - de rutina</b>                                                              | \$0 de copago, 6 visitas por cada año                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b> | \$144 de crédito cada mes para comprar productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) que tienen cobertura. Los miembros que califiquen también pueden usar este crédito para comprar alimentos saludables cubiertos o pagar ciertas facturas de servicios públicos.                                                                      |
| <b>Beneficio de comidas</b>                                                                         | \$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)                                                                                                                                                      |

**Buenas noticias para el año 2025**

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

| Medicamentos con receta                       |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Deducible                                     | \$0                                                                                                  |
| Cobertura Inicial                             | Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista o en farmacia de pedidos por correo de la red |
| Todos los medicamentos cubiertos <sup>1</sup> | \$0 de copago<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)         |

<sup>1</sup> Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D



El derecho de participación en los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción. Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP)**  
H1045-061-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.  
Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



**myPreferredCare.com**



**Número gratuito 1-855-874-6282, TTY 711**  
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**Preferred  
Care Partners**  
A UnitedHealthcare Company

# Resumen de Beneficios

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

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

## UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP)

| Prima, deducible y límites médicos                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan                                               | \$20.30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Reducción de la Prima de la Parte B                                  | <div>\$1.60</div> <div>Usted no verá la reducción, si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted.</div>                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Deducible médico anual                                               | Este plan no tiene un deducible médico.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta) | <div>\$2,900</div> <div>Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.</div> <div>Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.</div> |
| Beneficios médicos                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados <sup>2</sup>      | <div>\$0 de copago por cada estadía</div> <div>Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.</div>                                                                                                                                                                                                                             |

| Beneficios médicos                                                                                                                                 |                                                                                   |                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><br>Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan. | Centro de cirugía ambulatoria (ASC) <sup>2</sup>                                  | \$0 de copago por una colonoscopia<br>\$25 de copago, de otra manera                                                                                    |
|                                                                                                                                                    | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup> | \$0 de copago por una colonoscopia<br>\$75 de copago, de otra manera                                                                                    |
|                                                                                                                                                    | Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>   | \$75 de copago                                                                                                                                          |
| <b>Visitas al médico</b>                                                                                                                           | Proveedor de cuidado primario                                                     | \$0 de copago                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                    | Especialistas <sup>2</sup>                                                        | \$0 de copago                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                    | Visitas virtuales médicas                                                         | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |
| <b>Servicios preventivos</b>                                                                                                                       | Examen médico de rutina                                                           | \$0 de copago, 1 por año                                                                                                                                |

Beneficios médicos

| Cubiertos por Medicare                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div><input type="checkbox"/> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</div> <div><input type="checkbox"/> Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol</div> <div><input type="checkbox"/> Visita de bienestar anual</div> <div><input type="checkbox"/> Medición de masa ósea</div> <div><input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</div> <div><input type="checkbox"/> Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</div> <div><input type="checkbox"/> Exámenes cardiovasculares</div> <div><input type="checkbox"/> Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</div> <div><input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</div> <div><input type="checkbox"/> Evaluación de depresión</div> <div><input type="checkbox"/> Pruebas de detección y control de la diabetes</div> <div><input type="checkbox"/> Prueba de detección de hepatitis C</div> <div><input type="checkbox"/> Prueba de Detección del VIH</div> | <div><input type="checkbox"/> Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</div> <div><input type="checkbox"/> Servicios de terapia de nutrición clínica</div> <div><input type="checkbox"/> Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</div> <div><input type="checkbox"/> Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</div> <div><input type="checkbox"/> Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</div> <div><input type="checkbox"/> Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</div> <div><input type="checkbox"/> Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</div> <div><input type="checkbox"/> Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</div> <div><input type="checkbox"/> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</div> |

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.  
Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

| Beneficios médicos                                                                 |                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidado de emergencia</b>                                                       |                                                                                                                                    | \$140 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos. |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>                                            |                                                                                                                                    | \$0 de copago (mundial) por cada visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b> | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <sup>2</sup> | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                    | Servicios de laboratorio <sup>2</sup>                                                                                              | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                    | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>                                                                               | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                    | Radiología terapéutica <sup>2</sup>                                                                                                | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                    | Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                              | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Beneficios médicos                                                                                                       |                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Servicios para la audición</b>      | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>2</sup> | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                          | Examen de audición de rutina                                                             | \$0 de copago, 1 por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                          | Aparatos auditivos <sup>2</sup>                                                          | <p>\$99 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li><input type="checkbox"/> La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía</li> </ul> |
|  <b>Beneficios dentales de rutina</b> | Preventivos e integrales <sup>2</sup>                                                    | <p>\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro</p> <p>Los servicios dentales integrales tienen cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan</p> <p>\$0 de copago por servicios dentales integrales</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Beneficios médicos                                                                                               |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Servicios para la vista</b> | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup>                                                               | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                  | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas                                                                                        | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                  | Examen de la vista de rutina                                                                                                                       | \$0 de copago, 1 por cada año                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                  | Artículos para la vista de rutina                                                                                                                  | \$0 de copago<br>El plan paga hasta \$200 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto.<br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos). |
| <b>Salud mental</b>                                                                                              | Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup><br>Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado | \$0 de copago por cada estadía                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                  | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                                | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                  | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                              | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                  | Visitas virtuales de salud mental                                                                                                                  | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo                                                                                         |

| Beneficios médicos                                                                                                                         |                                                                        |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b><br>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada. |                                                                        |                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                            |                                                                        | \$0 de copago por cada día, días 1 a 100                                                                                                                |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>                                                                             | Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup> | \$0 de copago                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                            | Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>                             | \$0 de copago                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                            | Visitas virtuales médicas                                              | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |
| <b>Ambulancia<sup>2</sup></b><br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.                 |                                                                        |                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                            |                                                                        | \$275 de copago por transporte terrestre<br>\$275 de copago por transporte aéreo                                                                        |
| <b>Transporte de rutina</b>                                                                                                                |                                                                        | \$0 de copago por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias                                                    |

| Beneficios médicos                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b><br>El costo compartido indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos. | Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>                                                                                                     | 20% de coseguro                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                        | Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>                                                                                                     | 20% de coseguro, hasta \$35                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                        | Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup>                                                                                                    | \$0 de copago por antígenos para alergias<br>20% de coseguro por todos los demás |
|                                                                                                                                                                                                                        | Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada. |                                                                                  |

### Buenas noticias para el año 2025

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

| Medicamentos con receta                       |                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible</b>                              | \$0                                                                                                                             |
| <b>Cobertura Inicial</b>                      | <b>Suministro de 30 días<sup>^</sup> o 100 días en una farmacia minorista o en una farmacia de pedidos por correo de la red</b> |
| Todos los medicamentos cubiertos <sup>3</sup> | \$0 de copago<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)                                    |

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

<sup>3</sup> Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

| Beneficios adicionales                                         |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios quiroprácticos</b>                                | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup> | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Manejo de la diabetes</b>                                   | Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>                                                                              | <p>\$0 de copago</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: Contour® Plus Blue, Contour® Next EZ, Contour® Next Gen, Contour® Next One, Accu-Chek® Guide Me, and Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: Contour®, Contour® Plus, Contour® Next, Accu-Chek® Guide, and Accu-Chek® Aviva Plus.</p> |
|                                                                | Capacitación para el automanejo de la diabetes                                                                                       | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                | Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>                                                                                       | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b> | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>                                                         | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup>                                              | \$0 de copago - 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Beneficios adicionales                                                                                                        |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>Programa de acondicionamiento físico</b> |                                                 | <p>\$0 de copago</p> <p>Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Membresía gratuita a un gimnasio</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li><input type="checkbox"/> Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Actividades para el mantenimiento de la memoria por Internet</li> </ul> |
|                                                                                                                               |                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Cuidado de los pies</b><br>(servicios de podiatría)                                                                        | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup> | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                               | Cuidado de rutina de los pies                   | \$0 de copago, 6 visitas por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Beneficio de comidas<sup>2</sup></b>                                                                                       |                                                 | <p>\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup></b>                                                                   |                                                 | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Cuidados Paliativos</b>                                                                                                    |                                                 | <p>Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides<sup>2</sup></b>                                             |                                                 | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

**Beneficios adicionales**

|                                                                                       |                                                                       |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</b> | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>   | \$0 de copago |
|                                                                                       | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup> | \$0 de copago |

|                                                                                   |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos</b> | <p>\$144 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y más</li><li><input type="checkbox"/> Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua</li><li><input type="checkbox"/> Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet</li><li><input type="checkbox"/> Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca</li></ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| <b>Diálisis renal<sup>2</sup></b> | 20% de coseguro |
|-----------------------------------|-----------------|

<sup>2</sup> Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan.

**Descuentos para miembros**

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

## Beneficios de Medicaid

Información para personas que tienen Medicare y Medicaid. Primero Medicare paga los servicios que usted reciba y luego Medicaid.

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medicaid. También podrá ver lo que cubre Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) y lo que cubre nuestro plan.

**La cobertura de los beneficios depende de la categoría de participación en Medicaid.** Si Medicare no cubre un servicio o si un beneficio se ha agotado, es posible que Medicaid le ayude, pero también es posible que usted tenga que pagar un costo compartido. En algunas situaciones, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Consulte su Guía para Miembros de Medicaid para obtener más información detallada. Si tiene preguntas sobre su categoría de participación en Medicaid y los beneficios a que tiene derecho, llame a Florida Department of Children and Families, 1-850-300-4323.

| Beneficios                                                | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b> | Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.<br><br>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:<br>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid (incluso servicios de cuidado de asistencia) | Con cobertura                                 |
| <b>Visitas al consultorio médico</b>                      | Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.<br><br>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:                                                                                                        | Con cobertura                                 |

| Beneficios                                 | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                            | <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> <p>Incluye pruebas de detección, servicios de salud en áreas rurales, centros de salud con aprobación federal, servicios clínicos y servicios de parte de un asistente médico.</p>                                                                                                                                                                                            |                                               |
| <b>Cirugía para pacientes ambulatorios</b> | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Cuidado de emergencia</b>               | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |

| Beneficios                                                                           | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>                                              | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías</b> | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Servicios para la audición</b>                                                    | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     | Con cobertura                                 |
| <b>Servicios dentales</b>                                                            | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     | Con cobertura                                 |

| Beneficios                     | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Servicios para la vista</b> | <p>Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid, incluso hasta un examen de la vista de rutina, hasta un par de marcos por año (quedan incluidos los lentes y marcos de anteojos cubiertos por Medicaid) y, en total, hasta dos pares de lentes por año (quedan incluidos los lentes cubiertos por Medicaid), o bien, lentes de contacto (si son médicamente necesarios).</p> <p>Es posible que se requiera preautorización y los servicios deben ser prestados por un proveedor de servicios para la vista participante.</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Cuidado preventivo</b>      | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Con cobertura                                 |

| Beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |
| <b>Cuidado de la salud mental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Administración de casos de salud del comportamiento dirigida a grupos específicos</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de salud mental comunitarios</li> <li><input type="checkbox"/> Administración de casos de salud mental</li> </ul> | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p>                                                                                                                                                         | <p>Con cobertura</p>                          |
| <b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> <p>Incluye los servicios de un fisioterapeuta registrado, servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p> | <p>Con cobertura</p>                          |

| Beneficios                                   | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Ambulancia</b>                            | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Transporte (de rutina)</b>                | <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> <p>En el caso de los miembros que califican para recibir beneficios adicionales de Medicaid, cuando los servicios de transporte son prestados por un proveedor participante, Medicaid paga un número ilimitado de viajes para este servicio si no tiene cobertura de Medicare o si se ha agotado todo el beneficio de Medicare.</p>                                           | Con cobertura                                 |
| <b>Beneficios de medicamentos con receta</b> | Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos por la Parte D.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Con cobertura                                 |
| <b>Servicios Quiroprácticos</b>              | <p>Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p>                                                                                 | Con cobertura                                 |

| Beneficios                                                      | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                                 | \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |
| <b>Suministros y servicios para la diabetes</b>                 | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Equipo médico duradero (Sillas de ruedas, oxígeno, etc.)</b> | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)</b>             | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                     | Con cobertura                                 |

| Beneficios                                      | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|                                                 | <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |
| <b>Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b> | <p>Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid, incluso los servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p> | <p>Con cobertura</p>                          |
| <b>Cuidados paliativos</b>                      | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p>                                                                                      | <p>Con cobertura</p>                          |

| Beneficios                                                                     | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Diálisis renal</b>                                                          | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Prótesis<br/>(abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales, etc.)</b> | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> | Con cobertura                                 |
| <b>Productos de venta sin receta<br/>(con receta)</b>                          | \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Con cobertura                                 |

## Acerca de este plan

UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare.

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

Usted puede inscribirse en este plan si está en una de las siguientes categorías de Medicaid:

- **Beneficiario Calificado de Medicare Plus (Qualified Medicare Beneficiary Plus, QMB+):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare y también cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Usted recibe la cobertura de Medicaid de los costos compartidos de Medicare, pero no cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. Medicaid paga solamente sus primas de la Parte A y la Parte B, deducibles, coseguros y copagos por los servicios cubiertos por Medicare. Usted no paga nada, excepto sus copagos por medicamentos con receta de la Parte D (si corresponde).
- **Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Usted paga los costos compartidos que se indican en la tabla a continuación. Es posible que haya algunos servicios que no tengan un costo compartido para el miembro.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB+):** Medicaid paga la prima de la Parte B y proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la la agencia estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.
- **Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Medicaid paga solamente la prima de la Parte B. La Oficina Estatal de Medicaid no paga el costo compartido que le corresponde a usted. Usted no recibe los beneficios completos de Medicaid. Es posible que haya algunos servicios que no tengan un costo compartido para el miembro.
- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina

Estatat de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

Si se modifica su categoría de participación en Medicaid, es posible que el costo compartido que le corresponde también aumente o disminuya. Usted debe volver a certificar su inscripción en Medicaid para seguir recibiendo cobertura de Medicare.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Florida:** Broward, Miami-Dade.

## **Use proveedores y farmacias de la red**

UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

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

## Información necesaria

UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Es posible que los planes ofrezcan beneficios complementarios además de los beneficios de la Parte C y de la Parte D.

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual “Medicare y Usted”. El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov) o puede pedir una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-480-1086 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

### Aparatos auditivos

La red de UnitedHealthcare tiene otros proveedores de exámenes de audición a su disposición. El plan solamente cubre aparatos auditivos de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Hearing. El tamaño de la red de proveedores puede variar según el mercado local. Las garantías de aparatos auditivos de venta sin receta, si están disponibles, variarán según el aparato y se manejan a través del fabricante. Se pueden aplicar honorarios profesionales por única vez para los aparatos auditivos con receta.

### Programa de acondicionamiento físico

La participación en el programa de acondicionamiento físico es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases y las actividades de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, actividades, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico.

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

AARP® Staying Sharp® es la marca registrada de AARP. Staying Sharp, incluso todo el contenido y las características, se ofrece para su conocimiento y para educar a los usuarios sobre el cuidado de la agudeza mental y los problemas médicos que pueden afectar a su vida diaria. Staying Sharp se basa en un enfoque holístico de estilo de vida para la agudeza mental que anima a los usuarios a incorporar en su vida diaria

actividades asociadas con el bienestar general. Nada del servicio se debe considerar ni usar como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico. Las características, que incluyen Cognitive Assessment and Lifestyle Check-Ins (Evaluación Cognitiva y Consultas de Estilo de Vida), Additional Tests (Pruebas Adicionales), los ejercicios y los desafíos, evalúan el desempeño en un momento particular en ciertas tareas cognitivas específicas. Los juegos de Staying Sharp están diseñados con el propósito de divertir y entretener solamente. Varios factores pueden afectar el desempeño, incluso el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales. El desempeño no es un indicador de la salud cognitiva ni predice el futuro desempeño ni las enfermedades.

### **Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos**

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

El derecho de participación en los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción.

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

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

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

# Recursos útiles

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

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

- La Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778** o visite **ssa.gov/es**
- Su oficina estatal de Medicaid o visite **medicaid.gov**

## Recursos para Cuidadores

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

## Estamos aquí para ayudarle

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



Ahorrar en facturas de servicios públicos y gastos de medicamentos con receta



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Obtener información sobre los Servicios para Veteranos



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

## Medicare Explicado

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



**MedicareExplicado.com**

# Antes de inscribirse

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



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

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



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

Si sus proveedores no están en la red, tendrá que elegir un nuevo proveedor de la red.



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

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



## ¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para saber cuánto tendrá que pagar por servicios médicos y medicamentos con receta?

Puede encontrar una lista completa de cobertura, beneficios y reglas del plan en la Evidencia de Cobertura en Internet.



## Usted cumple los requisitos para inscribirse en este Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (D-SNP) si:



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Recibe beneficios de Medicaid del estado



Vive en el área de servicio del plan

# Cómo inscribirse

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



## En internet

Visite [myPreferredCare.com](https://myPreferredCare.com) o escanee el código a continuación para inscribirse en Internet.



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-855-874-6282**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o programar una cita con un agente en su área.

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



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

Escanee este código  
para inscribirse  
en Internet



# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, encontrará apoyo para lo que importa, sea grande o pequeño. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan Medicare Advantage.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta en Internet



Su UCard  
llega por correo –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece  
a usar su plan

## Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en **myPreferredCare.com**. En Internet, usted puede:

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

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Programe su visita anual de cuidado preventivo a domicilio con el programa HouseCalls de UnitedHealthcare®. Visite **uhhousecalls.com** si desea más información
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio
- Revise los saldos de crédito de la UCard de UnitedHealthcare

## Gracias por elegirnos

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

Escanee este código para  
descargar la aplicación  
UnitedHealthcare



Esta página ha sido dejada en blanco intencionalmente.

# Formulario de Confirmación de Temas a Tratar

Antes de reunirse con un beneficiario de Medicare (o su representante autorizado), Medicare exige que los Agentes de Ventas usen este formulario para asegurarse de que la cita se centre únicamente en el tipo de plan y los productos que le interesan al beneficiario. Se debe usar un formulario aparte por cada beneficiario de Medicare. **Marque los productos sobre los que usted desea hablar con el Agente de Ventas (Consulte las definiciones en la parte de atrás de esta página):**

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

Al firmar este formulario, usted acepta reunirse con un Agente de Ventas para hablar sobre los productos que marcó anteriormente. El Agente de Ventas es una persona empleada o contratada por un plan de Medicare y es posible que reciba un pago como resultado de que usted se inscriba en un plan. Esta persona no trabaja directamente para el gobierno federal.

Su firma en este formulario no afecta su inscripción actual o futura en un plan de Medicare, no le inscribe en un plan de Medicare ni le obliga a inscribirse en un plan de Medicare. Toda la información que contiene este formulario es confidencial.

## Firma del beneficiario o representante autorizado y fecha de la firma:

Firma del beneficiario/representante autorizado

Fecha de hoy

MM-DD-YYYY

Si usted es el representante autorizado, firme arriba y escriba en letra de molde clara y legible a continuación:

Nombre (nombre y apellidos)

Relación con el beneficiario

**El representante de ventas con licencia debe llenar esta sección** (escriba en letra de molde clara y legible)

Nombre del Agente de Ventas  
(nombre y apellidos)

Teléfono del Agente de Ventas

- - - - -

ID del Agente  
de Ventas

Nombre del beneficiario  
(nombre y apellidos)

Teléfono del beneficiario

- - - - -

Fecha en que se  
realizará la cita

MM - DD - YYYY

Dirección del beneficiario

Método de contacto inicial

Planes que el Agente de Ventas explicará durante la reunión

Firma del Agente de Ventas

## Planes Medicare Advantage (Parte C) y planes de costos

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. En la mayoría de los planes HMO, usted solamente puede recibir cuidado de médicos u hospitales que estén dentro de la red del plan (excepto en situaciones de emergencia).

**Plan de una Organización para el Mantenimiento de la Salud-punto de servicio (HMO-POS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes HMO-POS pueden permitirle recibir algunos servicios fuera de la red por un copago o coseguro más alto.

**Plan de una organización de proveedores preferidos (PPO) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que proporciona toda la cobertura de salud de la Parte A y la Parte B de Medicare Original y, a veces, ofrece la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Los planes PPO tienen médicos, proveedores y hospitales de la red, pero usted también puede usar proveedores fuera de la red, generalmente a un costo mayor.

**Plan privado de tarifa por servicio (PFFS) de Medicare** — Plan Medicare Advantage en el que usted puede visitar cualquier médico, hospital y proveedor aprobado por Medicare que acepte el pago, los términos y las condiciones del plan, y que acepte atenderle, ya que no todos los proveedores lo harán. Si se inscribe en un plan PFFS que tiene una red, usted podrá consultar a cualquier proveedor de la red que haya aceptado tratar siempre a los miembros del plan. Por lo general, pagará más por consultar a proveedores fuera de la red.

**Plan para Personas con Necesidades Especiales (SNP) de Medicare** — Plan Medicare Advantage que tiene un paquete de beneficios diseñado para personas con necesidades especiales de cuidado de la salud. Los ejemplos de los grupos específicos que cubre este plan incluyen a personas que tienen tanto Medicare como Medicaid, personas que viven en asilos de convalecencia y personas que tienen ciertas enfermedades crónicas.

**Plan de Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (MSA) de Medicare** — Estos planes combinan un plan de salud con deducible alto con una cuenta bancaria. El plan deposita dinero de Medicare en la cuenta. Usted puede usarlo para pagar sus gastos médicos hasta alcanzar su deducible.

**Plan de costos de Medicare** — En un plan de costos de Medicare, usted puede visitar proveedores tanto dentro como fuera de la red. Si recibe servicios fuera de la red del plan, Medicare Original pagará sus servicios cubiertos por Medicare, pero usted será responsable de los coseguros y deducibles de Medicare.

## Plan independiente de medicamentos con receta de Medicare (Parte D)

**Plan de medicamentos con receta (PDP) de Medicare** — Plan independiente de medicamentos que agrega la cobertura de medicamentos con receta a Medicare Original, algunos Planes de Costos de Medicare, algunos planes privados de tarifa por servicio de Medicare y los Planes de Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos de Medicare.

## Otros productos relacionados

**Productos de Seguro Complementario de Medicare (Medigap)** — Planes de seguro que ayudan a pagar algunos gastos de su bolsillo que no paga Medicare Original (Partes A y B), como los deducibles y coseguros de los servicios aprobados por Medicare.

**Productos dentales, de la vista o de la audición** — Planes que ofrecen beneficios adicionales para consumidores que desean cubrir sus necesidades dentales, de la vista o de la audición. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.

**Productos de indemnización hospitalaria** — Planes que ofrecen beneficios adicionales; pagaderos a los consumidores según su utilización médica; a veces se usan para pagar copagos y coseguros. Estos planes no están afiliados ni relacionados con Medicare.



# Solicitud de Inscripción 2025

☐ UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) H1045-061-000

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

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

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

N.º del Seguro Social (obligatorio para las personas que se inscriben en planes D-SNP [que tienen elegibilidad doble]):    — — — — — - — — — — — - — — — — —

N.º de Medicare

Dirección de residencia permanente **(No ingrese una casilla de correo. Nota: En el caso de personas sin hogar, una casilla de correo podría considerarse su dirección de residencia permanente)**

|        |         |        |               |
|--------|---------|--------|---------------|
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
|--------|---------|--------|---------------|

Dirección postal **(Solo si es distinta a la dirección permanente. Puede ser una casilla de correo.)**

|        |        |               |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código postal |
|--------|--------|---------------|

Dirección de correo electrónico (opcional)

**¿Tiene otro seguro que cubrirá sus medicamentos con receta?** ☐ Sí ☐ No

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

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

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

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

|                        |              |       |                  |
|------------------------|--------------|-------|------------------|
| Nombre del otro seguro |              |       |                  |
| N.º de miembro         | N.º de grupo | RxBin | RxPCN (opcional) |

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

**¿Qué métodos de pago desea usar?**

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

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

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

- ☐ Con el cheque del Seguro Social
- ☐ Factura de parte de Medicare
- ☐ Factura de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- ☐ Pago con el cheque del Seguro Social
- ☐ Pago con el cheque de la Junta de Retiro Ferroviario (RRB)
- ☐ Pago directamente desde una cuenta bancaria
  - Tipo de Cuenta ☐ Cheques ☐ Ahorros
  - Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_
  - N.º de ruta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_
  - N.º de cuenta bancaria \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

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

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

Si prefiere recibir información del plan en otro idioma o en un formato accesible, elija una opción: ☐ Inglés ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos ☐ Otro

Si no aparece el idioma o formato que desea, llámenos al número gratuito **1-855-874-6282**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. O visite **myPreferredCare.com** para obtener ayuda por Internet.

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

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

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP PCFL25HM0222186\_001

2. ¿Está inscrito en su programa estatal de Medicaid? ☐ Sí ☐ No

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

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

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

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

- |                                                           |                                                    |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indoamericano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano     |
| Asiático:                                                 | Nativo de Hawaii o de otra Isla del Pacífico:      |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático                     | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro        |
| <input type="checkbox"/> Chino                            | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii          |
| <input type="checkbox"/> Filipino                         | <input type="checkbox"/> Samoano                   |
| <input type="checkbox"/> Japonés                          | <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Coreano                          |                                                    |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita                       | <input type="checkbox"/> Blanco                    |
| <input type="checkbox"/> Otra raza asiática               | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder     |

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

5. ¿Trabaja usted o su cónyuge? ☐ Sí ☐ No

¿Usted o su cónyuge tienen otro seguro de salud que cubrirá servicios médicos?  
(Por ejemplo: Otra cobertura de grupo del empleador, cobertura por Discapacidad a Largo Plazo [Long-Term Disability, LTD], Seguro de Accidentes Laborales, Seguro de Responsabilidad Civil de Automóviles o beneficios para Veteranos) ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, proporcione los siguientes datos:

Nombre de la compañía de seguros de salud \_\_\_\_\_

N.º de miembro \_\_\_\_\_

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

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

**6. Proporcione el nombre de su proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP), clínica o centro de salud.**

Una lista se encuentra en el sitio web del plan o en el Directorio de Proveedores.

Nombre completo del proveedor/proveedor de cuidado primario

|                                                  |                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N.º del proveedor/proveedor de cuidado primario: | (Escriba el número exactamente como aparece en el sitio web o en el Directorio de Proveedores. Es un número de 10 a 12 dígitos. No incluya guiones.) |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

¿Está consultando o ha consultado recientemente a ese proveedor? ☐ Sí ☐ No

**Lea y firme**

**Al llenar esta solicitud, acuerdo que:**

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

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

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

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

PCFL25HM0222186\_001

- ☐ La información de esta solicitud es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono intencionalmente información falsa en esta solicitud, se cancelará mi inscripción en el plan.
- ☐ Mi respuesta a esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, la falta de respuesta podría afectar la inscripción en el plan.

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

Si firmo como representante autorizado, significa que tengo el derecho legal a firmar conforme a la ley estatal. Si Medicare lo solicita, puedo presentar un comprobante por escrito (poder legal, tutela, etc.) de este derecho. Entiendo que tendré que presentar ante el plan un comprobante por escrito de este derecho si deseo seguir actuando en nombre del miembro después de esta solicitud. Una vez que esta solicitud haya sido aprobada y yo haya recibido mi UCard® de UnitedHealthcare, puedo llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en mi UCard de UnitedHealthcare para actualizar la información de la autorización de mi expediente.

**Firma del solicitante/miembro/representante autorizado****Fecha de hoy**

**Si usted es el representante autorizado, firme arriba y llene los siguientes**

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

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

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

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

|        |                                                                          |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| Nombre | Relación con el miembro                                                  |
| Firma  | Número de Proveedor Nacional (agentes/<br>agentes de seguros únicamente) |

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

|                                                     |                            |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|
| ID del sistema/representante de ventas con licencia | Fecha de recepción inicial |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|

Nombre del miembro

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

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

PCFL25HM0222186 001

|                                                        |                             |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre del agente/representante de ventas con licencia | Fecha de vigencia propuesta |
| Nombre del grupo del empleador                         |                             |
| ID del grupo del empleador                             | ID de sucursal              |

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

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

|                                                                  |              |
|------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>Firma del Representante de Ventas con licencia (opcional)</b> | <b>Fecha</b> |
|------------------------------------------------------------------|--------------|

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

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

---

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

UnitedHealthcare  
P.O. Box 30769  
Salt Lake City , UT 84130-0769  
Fax: 1-888-950-1169

Envíe por fax el frente y la parte de atrás de cada hoja

---

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

UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

Preferred Care Partners está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare. Este plan está disponible para toda persona que reciba Asistencia Médica tanto del Estado como de Medicare.

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

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

N.º de OMB 0938-1378

Vence: 6/30/2026

Y0066\_ERFMA\_2025\_C SP

PCFL25HM0222186\_001

## Lista de Verificación de Inscripción

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

### Explicación de los beneficios

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

### Explicación de reglas importantes

- ✓ Además de la prima mensual de su plan, usted debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid u otro tercero. Esta prima normalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- ✓ Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año.
- ✓ Excepto en situaciones de emergencia o de urgencia, no cubrimos servicios de proveedores fuera de la red (médicos que no aparecen en el Directorio de Proveedores).
- ✓ Efecto en la Cobertura Actual. Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de cuidado de la salud de Medicare Advantage actual terminará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si usted tiene TRICARE, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con TRICARE para obtener más información. Si usted tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, le recomendamos que cancele su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.
- ✓ Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP). Usted podrá inscribirse si se confirma que tiene derecho tanto a Medicare como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid.

# Recibo de inscripción 2025

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

Use el recibo como comprobante temporal de cobertura hasta que Medicare haya confirmado su inscripción y usted reciba su UCard® de UnitedHealthcare. El recibo no es garantía de inscripción. Esta copia es solamente para su archivo personal. No vuelva a presentar la inscripción.

|                                                 |                                                 |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Solicitante 1:</b>                           | <b>Solicitante 2 (si corresponde):</b>          |
| Nombre                                          | Nombre                                          |
| Fecha de la solicitud - -                       | Fecha de la solicitud - -                       |
| Fecha de vigencia prop. - -                     | Fecha de vigencia prop. - -                     |
| Nombre del plan                                 | Nombre del plan                                 |
| Tipo de plan                                    | Tipo de plan                                    |
| Plan de salud/N.º de PBP                        | Plan de salud/N.º de PBP                        |
| N.º de registro de inscripción (si corresponde) | N.º de registro de inscripción (si corresponde) |

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

Nombre y N.º de ID del Representante

N.º de teléfono del Representante

RxBIN: 610097  
Rx PCN: 9999  
RxGRP: COS

**Estamos aquí para ayudarle.** Si tiene preguntas adicionales, llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-855-874-6282**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

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



# Información importante: Calificación 2025 de Medicare con Estrellas



## UnitedHealthcare - H1045

En el año 2025, UnitedHealthcare - H1045 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

Calificación General por Estrellas: ★ ★ ★ ★ ½ 4.5 estrellas

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

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

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- ☐ Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- ☐ El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- ☐ La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- ☐ Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

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

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

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO

★ DEFICIENTE

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **877-485-5595** (número gratuito) o al **711** (TTY) del 1 de octubre al 31 de marzo. Nuestro horario de atención para el resto del año es del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los miembros actuales pueden llamar al **866-480-1086** (número gratuito) o al **711** (TTY).

Y0066\_H1045\_B1\_PR2025\_M

UHFL25HM0264593\_001

## **Aviso de no discriminación**

**La discriminación es ilegal.** La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye, ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones similares, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales.

Si cree que le han tratado en forma injusta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Correo electrónico:** **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**
- **Por correo postal:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

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

- **En línea:** **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**
- **Teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, HHH Building, Room 509F  
Washington, D.C. 20201

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro o en el frente del folleto (TTY **711**).

Este aviso está disponible en

**<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.**

## Servicios de interpretación en diferentes idiomas

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card or listed on the cover of the booklet. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro o en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡或手冊封面列出的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero na nasa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi o nakalista sa pabalat ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyonang ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre ou sur la première de couverture de la brochure. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình bảo hiểm sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng hội viên của bạn hoặc ghi trên bìa của quyển sách nhỏ. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer an, die auf Ihrem Mitgliedsausweis oder auf dem Umschlag der Broschüre aufgeführt ist. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드 또는 이 소책자 표지에 나와 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана или спереди на буклете. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك أو على غلاف الكتيب. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर या पुस्तिका के अग्रभाग पर सूचीबद्ध टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa o indicato sulla copertina dell'opuscolo. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro ou indicado na parte da frente do folheto. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an oswa ki endike sou kouvèti ti liv la. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na Pana/Pani karcie identyfikacyjnej lub na okładce broszury. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員 ID カードまたは本冊子の表紙に記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## UHC Preferred Dual Complete FL-V1 (HMO D-SNP)

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



Llame al **1-866-480-1086**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre o visite **myPreferredCare.com** para:

- ☐ Servicios para la vista de rutina



### Aparatos auditivos

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



### Beneficios dentales de rutina

Solstice Dental  
1-855-351-8163  
solsticebenefits.com



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

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



### Transporte de rutina

ModivCare®  
1-888-774-7772  
mymodivcare.com



### Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos

Solutran  
1-833-845-8798  
myPreferredCare.com



### Programa de acondicionamiento físico

Programa Renew Active®  
1-866-231-7201  
UHCRenewActive.com



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

## Con gusto le ayudaremos



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



**myPreferredCare.com**



Llame al número gratuito **1-855-874-6282**, TTY **711** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2025\_C SP

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare



PCFL25HM0216663\_004