

# Aviso Anual de Cambios 2026

**UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP)**

 **myPreferredCare.com**



**Número gratuito 1-866-231-7201, TTY 711**

7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

**¿Tenemos su dirección correcta?**

Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.



**Preferred  
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

# Conozca las novedades de su plan para el próximo año

Este aviso ofrece información sobre las novedades de su plan, pero no incluye toda la información detallada. En este aviso usted será dirigido a **myPreferredCare.com** para revisar la información detallada en Internet. Todos los materiales que se indican a continuación estarán disponibles en Internet después del **15 de octubre de 2025**.

## Directorio de Proveedores

Revise el Directorio de Proveedores 2026 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.

## Directorio de Farmacias

Revise el Directorio de Farmacias 2026 en Internet para saber qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

## Lista de Medicamentos (Formulario)

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

## Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2026 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus Derechos y Responsabilidades como miembro.

## Reduzca la acumulación de papeles y obtenga los materiales del plan más rápido.

Visite **myPreferredCare.com** para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

## ¿Prefiere recibir copias impresas?

Si desea una copia impresa de todo lo indicado anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

**UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP) ofrecido por  
UnitedHealthcare**

# Aviso Anual de Cambios para el año 2026



**Está inscrito como miembro de UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP).**

Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- ☐ **Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos del 15 de octubre al 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2025, usted seguirá en UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP).
- ☐ Para cambiar a **otro plan**, visite [es.Medicare.gov](https://es.Medicare.gov) o revise la lista que aparece al final de su manual Medicare y Usted 2026.
- ☐ Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios. La Evidencia de Cobertura contiene más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en [myPreferredCare.com](https://myPreferredCare.com) o llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir una copia por correo.

## Más Recursos

- ☐ UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- ☐ UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comuniquen con nosotros. Por ejemplo, materiales en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Llámenos al número gratuito que se encuentra en su UCard® de UnitedHealthcare o en la portada de la guía de su plan.

- 
- ☐ UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as materials in other languages, braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Call us toll-free at the number on your UnitedHealthcare UCard® or the front of your plan booklet.

### **Acerca de UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP)**

- ☐ 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. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- ☐ Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en este material, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP).
- ☐ **Si usted no ha hecho nada a más tardar el 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, usted recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

# **Aviso Anual de Cambios para el año 2026**

## **Índice**

|                                                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para el año 2026.....</b>                             | <b>6</b>  |
| <b>Sección 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año.....</b>       | <b>10</b> |
| Sección 1.1—Cambios en la Prima Mensual del Plan.....                                  | 10        |
| Sección 1.2—Cambios en El Máximo de Gastos de su Bolsillo.....                         | 10        |
| Sección 1.3—Cambios en la Red de Proveedores.....                                      | 11        |
| Sección 1.4—Cambios en la Red de Farmacias.....                                        | 11        |
| Sección 1.5—Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos.....       | 12        |
| Sección 1.6—Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D.....                 | 17        |
| Sección 1.7—Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos con Receta..... | 18        |
| <b>Sección 2 Cambios Administrativos.....</b>                                          | <b>20</b> |
| <b>Sección 3 Cómo Cambiar de Plan.....</b>                                             | <b>22</b> |
| Sección 3.1—Plazos para Cambiar de Plan.....                                           | 23        |
| Sección 3.2—¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?.....                   | 23        |
| <b>Sección 4 Reciba Ayuda para Pagar sus Medicamentos con Receta.....</b>              | <b>23</b> |
| <b>Sección 5 ¿Tiene preguntas?.....</b>                                                | <b>24</b> |
| Reciba Ayuda de UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP).....                   | 24        |
| Reciba Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....                                      | 25        |
| Reciba Ayuda de Medicare.....                                                          | 25        |

## Resumen de costos importantes para el año 2026

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 2025 (este año)                                                                                                 | 2026 (próximo año)                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan*</b><br>*La prima puede ser mayor que esta cantidad.<br>(Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.)                                                                                                                                                           | \$0                                                                                                             | \$0                                                                                                             |
| <b>Máximo de gastos de su bolsillo</b><br><br>Esto es lo <b>máximo</b> que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br><br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener información detallada.)                                                             | \$2,900                                                                                                         | \$2,900                                                                                                         |
| <b>Visitas al consultorio de un proveedor de cuidado primario</b>                                                                                                                                                                                                                                         | Usted paga \$0 de copago por cada visita.                                                                       | Usted paga \$0 de copago por cada visita.                                                                       |
| <b>Visitas al consultorio de un especialista</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | Usted paga \$0 de copago por cada visita.                                                                       | Usted paga \$0 de copago por cada visita.                                                                       |
| <b>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</b><br><br>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario | Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días. | Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días. |



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

|                                                                                                                                                                                                                                        | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido en el hospital con una indicación del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada.)                                                                                                           | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Cobertura de medicamentos de la Parte D</b><br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada, incluso la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.) | <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$3 de copago</li> </ul> | <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> </ul> |



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

|  | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>Usted paga \$3 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$45 de copago</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 33% del costo total</p> <p>Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:</p> <p><input type="checkbox"/> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p><input type="checkbox"/> Puede tener costos compartidos correspondientes a los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p> | <p>Usted paga \$0 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel<sup>1</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 40% del costo total</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 33% del costo total</p> <p>Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:</p> <p><input type="checkbox"/> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.</p> <p><input type="checkbox"/> Puede tener costos compartidos correspondientes a los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</p> |



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

---

| 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 2026 (próximo año) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <sup>1</sup> En el año 2025, no paga más de \$3 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0. En el año 2026, no paga más de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D. |                    |

---



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

## Sección 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

### Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2025 (este año)                                                                                                                       | 2026 (próximo año)                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima mensual del plan</b><br>(Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.)                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>\$0</b>                                                                                                                            | <b>\$0</b>                                                                                                                            |
| <b>Reducción de la prima de la Parte B</b><br>Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B.<br><br>Si su prima de la Parte B es menor que la cantidad reducida, usted no recibirá la diferencia como un pago en efectivo. La reducción se aplica solamente a lo que usted deba de la Parte B. | <b>Hasta \$18</b><br>Las reducciones se aplicarán a su cheque del Seguro Social o a su factura de la prima de la Parte B de Medicare. | <b>Hasta \$39</b><br>Las reducciones se aplicarán a su cheque del Seguro Social o a su factura de la prima de la Parte B de Medicare. |

### Factores que podrían cambiar la Prima de la Parte D

- ☐ Multa por Inscripción Tardía - La prima mensual del plan será mayor si usted tiene la obligación de pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D. La multa se aplica por estar (por 63 días o más) sin una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama cobertura acreditable).
- ☐ Recargo por Ingresos más Altos - Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos de Medicare.

### Sección 1.2 Cambios en El Máximo de Gastos de su Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. A este límite se le llama máximo de gastos de su bolsillo. Una vez que usted haya pagado esta cantidad, generalmente no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                             | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Máximo de gastos de su bolsillo</b>                                                                                                                                                                                                                                                  | \$2,900                                                                                                                                                                                                                                     | \$2,900                                                                                                                                                                                                                                     |
| Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. | Una vez que usted haya pagado \$2,900 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. | Una vez que usted haya pagado \$2,900 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario. |

### Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de Proveedores 2026 ([myPreferredCare.com](http://myPreferredCare.com)) para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red. Cómo obtener un Directorio de Proveedores actualizado:

- ☐ Visite nuestro sitio web en [myPreferredCare.com](http://myPreferredCare.com).
- ☐ Llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener la información de proveedores actualizada o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores.

Podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestros proveedores le afecta a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura.

### Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta puede depender de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de Farmacias 2026 ([myPreferredCare.com](http://myPreferredCare.com)) para saber qué farmacias son parte de nuestra red. Cómo obtener un Directorio de Farmacias actualizado:

- ☐Visite nuestro sitio web en [myPreferredCare.com](http://myPreferredCare.com).
- ☐Llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener la información de farmacias actualizada o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestras farmacias le afecta a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda.

**Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos**

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

|                                | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                             | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios de ambulancia</b> | <p>Usted paga \$140 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$140 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> | <p>Usted paga \$120 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$120 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> |

|                                                                                                                                                                       | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios para el manejo del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, incluso los servicios para el manejo del dolor crónico y el plan de tratamiento</b> | <p>Esta sección no existía en su Evidencia de Cobertura 2025.</p> <p>Si usted tiene alguna enfermedad crónica grave y recibe servicios para el manejo del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas, su proveedor desarrolla un plan de cuidado integral mensual que indica sus problemas de salud y las metas, proveedores, medicamentos y servicios comunitarios que usted tiene y necesita, así como otra información sobre su salud. Su proveedor también coordina su cuidado cuando usted cambia de un centro de cuidado de la salud a otro.</p> | <p>Lo que usted paga depende de quién le presta los servicios para el manejo del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas. Usted pagará el costo compartido que corresponda a los servicios prestados por su proveedor de cuidado primario, especialista, enfermera especialista, asistente médico u otro profesional de cuidado de la salud que no sea médico.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los costos compartidos específicos.</p> |
| <b>Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b>                                                                       | <p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch®Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Usted paga \$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 y Accu-Chek Guide.</p>                                                                                                                                                             |

|                                                         | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                         | <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.</p>                                                                                                                                                            | <p>Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus.</p> <p>Si usa una marca de suministros que su plan no cubre, le conviene consultar a su proveedor para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.</p>                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Servicios para la audición</b><br>Aparatos auditivos | <p>Usted paga \$99 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta (over-the-counter, OTC). Usted paga \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año.</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.</p> | <p>Usted paga \$199 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta (over-the-counter, OTC). Usted paga \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año.</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                    | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - otras pruebas de diagnóstico - servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías</b>                                          | <p>Usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$0 de copago, de otra manera.</p>                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$50 de copago, de otra manera.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC) y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño</b><br><br><b>Alimentos saludables - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas</b> | <p>\$51 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño. Si califica, también puede usarlo para pagar alimentos saludables.</p> <p>Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios. Los créditos vencen al final de cada mes.</p> | <p>\$40 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño. Si califica, también puede usarlo para pagar alimentos saludables.</p> <p>Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios. Los créditos vencen al final de cada mes. Visite <a href="https://member.uhc.com/uhc/benefits/ssbci">member.uhc.com/uhc/benefits/ssbci</a> después del 1 de octubre de 2025 o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p> |

|                                  | 2025 (este año)                                                        | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referencia                       | No se requiere una referencia para que los servicios tengan cobertura. | <p>Algunos de los servicios de la red—como las visitas a especialistas, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional—requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que tengan cobertura. El proveedor de cuidado primario que elija puede influir en los especialistas y los hospitales que usted podrá consultar.</p> <p>Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura.</p> |
| Servicios requeridos de urgencia | Usted paga \$0 de copago por cada visita.                              | Usted paga \$5 de copago por cada visita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                                                                         | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidado de la vista</b><br>Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina | Reciba un crédito total de \$200 para la compra de marcos/lentes o lentes de contacto cada año. Además, los lentes de policarbonato que incluyen revestimiento contra rayos ultravioleta (UV) y revestimiento antirrayaduras están cubiertos sin costo adicional.<br><br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se comprenden de un proveedor de la red. | Reciba un crédito total de \$300 para la compra de marcos/lentes o lentes de contacto cada año. Los lentes de policarbonato que incluyen revestimiento contra rayos ultravioleta (UV) y revestimiento antirrayaduras no están cubiertos<br><br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se comprenden de un proveedor de la red. |

## Sección 1.6

## Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D

### Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. **Para obtener la Lista de Medicamentos completa**, llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web (**myPreferredCare.com**). Este material estará disponible en Internet después del **15 de octubre de 2025**.

En nuestra Lista de Medicamentos realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción, o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le

afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet, por lo menos mensualmente, para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que le afectará el acceso a un medicamento que usted esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con el profesional que receta para conocer sus opciones, entre ellas, cómo solicitar un suministro temporal, cómo solicitar una excepción o cómo encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

---

## **Sección 1.7 Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos con Receta**

---

### **¿Recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?**

Si usted recibe el programa Ayuda Adicional que ayuda a pagar sus medicamentos, **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un material aparte, titulado Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta, con información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe el programa Ayuda Adicional, recibirá la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos. Si no recibe este material, llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite que le envíen la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos.

### **Etapas de Pago de Medicamentos**

Hay **3 etapas de pago de medicamentos**: la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. La Etapa Sin Cobertura y el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura ya no están disponibles en el beneficio de la Parte D.

#### ☐ **Etapa 1: Deducible Anual**

Esta etapa de pago no se aplica en su caso porque nuestro plan no tiene un deducible.

#### ☐ **Etapa 2: Cobertura Inicial**

En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo del año hasta la fecha alcancen \$2,100.

#### ☐ **Etapa 3: Cobertura de Gastos Médicos Mayores**

Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

El Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura ha sido reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricantes. Según el Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de

Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuento de Fabricantes no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

### Costos de Medicamentos en Etapa 1: Deducible Anual

La tabla muestra su costo por cada medicamento con receta durante esta etapa.

|                        | 2025 (este año)                                                                    | 2026 (próximo año)                                                                 |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible Anual</b> | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible. | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible. |

### Costos de Medicamentos en Etapa 2: Cobertura Inicial

En el caso de los medicamentos del Nivel 4, su costo compartido en la Etapa de Cobertura Inicial cambiará de copago a coseguro. Consulte la siguiente tabla para ver los cambios del año 2025 al año 2026.

El coseguro es una porción o parte del costo total, generalmente como un porcentaje. Con este plan, usted paga parte del costo de los medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5. Por ejemplo, si su coseguro es del 25% y el costo total de su medicamento con receta es de \$100, usted pagaría \$25. El plan paga el resto.

La tabla muestra el costo por cada medicamento con receta de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su **Evidencia de cobertura**.

Una vez que usted haya pagado \$2,100 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores).

|                                       | 2025 (este año)                                 | 2026 (próximo año)                              |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Nivel 1 - Genéricos Preferidos</b> | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. |
| <b>Nivel 2 - Genéricos</b>            | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. |

|                                             | 2025 (este año)                                                                                                                                                    | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nivel 3 - De Marca Preferidos</b>        | Usted paga \$3 por cada medicamento con receta.<br>Usted paga \$3 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel <sup>1</sup> . | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.<br>Usted paga \$0 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel <sup>1</sup> . |
| <b>Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos</b> | Usted paga \$45 por cada medicamento con receta.<br><br>Su costo por un mes de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo es \$45.                   | Usted paga 40% del costo total.<br><br>Su costo por un mes de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo es 40%.                                     |
| <b>Nivel 5 - De Especialidad</b>            | Usted paga 33% del costo total.<br><br>Su costo por un mes de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo es 33%.                                     | Usted paga 33% del costo total.<br><br>Su costo por un mes de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo es 33%.                                     |

<sup>1</sup> En el año 2025, no paga más de \$3 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0. En el año 2026, no pagará más de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

### **Cambios en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores**

Si llega a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costos compartidos correspondientes a los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura**.

## **Sección 2**

### **Cambios Administrativos**

|                                                                            | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cuidado de emergencia - Reembolso de gastos por servicios mundiales</b> | Los servicios requeridos de urgencia y de emergencia en el extranjero están cubiertos mientras se encuentre de viaje. Las solicitudes de pago de intermediarios, empresas de administración de reclamos o facturadores externos por los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables.                     | Los servicios requeridos de urgencia y de emergencia en el extranjero están cubiertos mientras se encuentre de viaje. Las solicitudes de pago de intermediarios, empresas de administración de reclamos o facturadores externos por los servicios recibidos fuera de los Estados Unidos no son reembolsables. La Evidencia de Cobertura incluye instrucciones adicionales sobre cómo los servicios en el extranjero se reembolsan directamente a usted o al proveedor. Consulte la Sección 1 del Capítulo 7 de la Evidencia de Cobertura para obtener información completa. |
| <b>Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare</b>                 | El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que comenzó este año, la cual le puede ayudar a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Tal vez usted participa en esta opción de pago. | Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el año 2026.<br><br>Si desea más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite <a href="https://www.es.medicare.gov">es.medicare.gov</a> .                                                                                                                                                                              |

|                                                         | 2025 (este año)                                                                                                                                                                                                                                              | 2026 (próximo año)                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Servicios para trasplantes - Viaje y alojamiento</b> | Si usted recibe un servicio para trasplante dentro de la red en un sitio que no es parte de los centros que realizan trasplantes en su comunidad local, algunos de los gastos de viaje y alojamiento relacionados con su trasplante podrían estar cubiertos. | La Evidencia de Cobertura se ha actualizado para incluir más información detallada que explique los gastos de viaje y alojamiento permitidos relacionados con el trasplante. Consulte la Sección 3 del Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para obtener más información detallada. |

### Sección 3                      Cómo Cambiar de Plan

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** A menos que se inscriba en otro plan o se cambia a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, usted automáticamente será inscrito en nuestro plan UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP).

Si decide cambiar de plan para el año 2026, siga estos pasos:

- ☐ **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente.
- ☐ **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare,** inscribese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente.
- ☐ **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en Internet (myPreferredCare.com). Llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D (consulte la Sección 1.1).
- ☐ **Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare,** visite [es.medicare.gov](https://www.medicare.gov), consulte **el manual Medicare y Usted 2026**, llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE. Le recordamos que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare O planes de medicamentos de

Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales del plan y los costos compartidos de esos otros planes.

---

### Sección 3.1 Plazos para Cambiar de Plan

---

Los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre al 7 de diciembre** cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2026, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura aparte de medicamentos de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2026.

---

### Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

---

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que:

- ☐ Tienen Medicaid
- ☐ Reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- ☐ Tienen o dejarán de tener la cobertura de un empleador
- ☐ Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Si recientemente se mudó a una institución o vive actualmente en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura aparte de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, usted tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

---

## Sección 4 Reciba Ayuda para Pagar sus Medicamentos con Receta

---

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda:

- ☐ **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa Ayuda Adicional que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de su plan de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califican no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:
  - ☐ Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - ☐ Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. El sistema de mensajes automatizados está disponible las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

- ☐ A su Oficina Estatal de Medicaid.
- ☐ **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida y que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, usted debe cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito actualmente, cómo puede seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**. Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de su póliza.
- ☐ **Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**
- ☐ El programa Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida, para aquellas personas que califican, tienen muchas más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros cumplen los requisitos para participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, independientemente de sus ingresos. Si desea más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov).

## Sección 5 ¿Tiene preguntas?

### Reciba Ayuda de UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP)

- ☐ **Llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**  
Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.
- ☐ **Lea su Evidencia de Cobertura 2026**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2026. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura** 2026 de UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Obtenga la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en **myPreferredCare.com** o llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir que se le envíe una copia por correo.

☐ **Visite myPreferredCare.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos). El Directorio de Proveedores y el Formulario estarán disponibles después del **15 de octubre de 2025**.

### **Reciba Asesoramiento Gratuito sobre Medicare**

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el programa SHIP se llama Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Llame a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) para recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Llame a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337.

### **Reciba Ayuda de Medicare**

☐ **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

☐ **Chatee en vivo con es.medicare.gov**

Puede chatear en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone.

☐ **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

☐ **Visite es.medicare.gov**

En el sitio web oficial de Medicare, encontrará información sobre los costos, la cobertura y la calidad mediante Calificaciones con Estrellas para que pueda comparar los planes de salud de Medicare en su área.

☐ **Lea Medicare y Usted 2026**

El manual Medicare y Usted 2026 se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en [es.medicare.gov](https://es.medicare.gov) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

## Notice of availability of language assistance services and alternate formats

**ATTENTION:** Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call the toll-free number on your member identification card.

**ملاحظة:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية (Arabic)، ستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية والمراسلات المجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة. اتصل بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو خاصتك.

**請注意：**如果您說中文 (Chinese)，您可以獲得免費語言協助服務和大字體等其他格式的免費通訊。請致電您的會員身份卡上的免付費電話號碼。

**ATTENTION :** Si vous parlez français (French), des services d'assistance linguistique et des communications dans d'autres formats, notamment en gros caractères, sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

**ACHTUNG:** Falls Sie Deutsch (German) sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste und kostenlose Kommunikation in anderen Formaten, wie zum Beispiel große Schrift, zur Verfügung. Rufen Sie die gebührenfreie Nummer auf Ihrer Mitgliedskarte an.

**ધ્યાન આપો:** જો તમે ગુજરાતી (Gujarati) બોલતા હો તો વિના મૂલ્યે ભાષાકીય મદદરૂપ સેવાઓ અને અન્ય ફોર્મેટમાં વિના મૂલ્યે સંચાર, જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા સભ્ય ઓળખ કાર્ડ પરના ટોલ-ફ્રી નંબર પર કોલ કરો.

**ATANSYON:** Si w pale Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole), gen sèvis lang gratis ak kominikasyon nan lòt fòm lo disponib, tankou sa ki enprime ak gwo lèt. Rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an.

**ATTENZIONE:** se parla italiano (Italian), può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti e comunicazioni gratuite in altri formati, come ad esempio la stampa a caratteri grandi. Chiami il numero verde riportato sul Suo tesserino identificativo.

**알림 사항:** 한국어(Korean)를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스와 대형 활자체 등 다른 형식으로 된 의사 소통 매체를 이용하실 수 있습니다. 회원 ID 카드에 나와 있는 무료 전화번호로 전화해 주십시오.

**UWAGA:** Dla osób mówiących po **polsku (Polish)** dostępne są bezpłatne usługi pomocy językowej i bezpłatne komunikaty w innych formatach, takich jak duży druk. Prosimy zadzwonić pod bezpłatny numer podany na karcie identyfikacyjnej.

**ATENÇÃO:** se você fala **português (Portuguese)**, tem à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística e comunicações gratuitas em outros formatos, como caracteres grandes. Ligue para o número gratuito que se encontra no seu cartão de identificação de membro.

**ВНИМАНИЕ!** Если вы говорите на **русском языке (Russian)**, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки и бесплатные материалы в других форматах, например напечатанные крупным шрифтом. Звоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте участника.

**ATENCIÓN:** Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika at libreng komunikasyon sa ibang mga format, tulad ng malalaking print. Tawagan ang walang bayad na numero na nasa iyong ID card ng miyembro.

**โปรดทราบ** หากคุณ**พูดภาษาไทย (Thai)** ได้ คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีและการสื่อสารในรูปแบบอื่น ๆ ฟรี เช่น การพิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ โทรไปยังหมายเลขโทรฟรีสำหรับสมาชิกตามบัตรประจำตัวของคุณ

**ЗВЕРНІТЬ УВАГУ!** Якщо ви розмовляєте **українською (Ukrainian)**, ви можете безоплатно користуватися послугами мовної підтримки, а також безоплатно отримувати інформаційні матеріали в інших форматах, як от набрані великим шрифтом. Телефонуйте на безкоштовний номер телефону, зазначений на вашій ідентифікаційній картці учасника.

**LƯU Ý:** Nếu quý vị nói **Tiếng Việt (Vietnamese)**, quý vị sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các phương tiện trao đổi liên lạc miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in chữ lớn. Gọi đến số điện thoại miễn phí có trên thẻ định danh thành viên của quý vị.

## Notificación de no discriminación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los formularios de reclamos están disponibles en:  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

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

Para obtener más información, llame a servicio al cliente al:

## **UHC Preferred Complete Care FL-0003 (HMO C-SNP)**

### **Servicio al Cliente:**



Llame al **1-866-231-7201**

Las llamadas a este número son gratuitas. 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratuitas. 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.



Escriba a: **P.O. Box 30770**  
**Salt Lake City, UT 84130-0770**



**myPreferredCare.com**