

Aviso Anual de Cambios 2026

UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP)



myPreferredCare.com



Número gratuito 1-855-245-5196, 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

¿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 1-855-245-5196 (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.

**UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP) ofrecido por
UnitedHealthcare**

Aviso Anual de Cambios para el año 2026



Está inscrito como miembro de UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-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 Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP).
- ☐ Para cambiar a **otro plan**, visite 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 o llame a al 1-855-245-5196 (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 comuniqué 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 Dual Complete FL-V2 (HMO D-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 y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- ☐ Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Florida Medicaid para coordinar los beneficios que usted recibe de Medicaid.
- ☐ 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 Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP).
- ☐ **Si usted no ha hecho nada a más tardar el 7 de diciembre de 2025, se le inscribirá automáticamente en UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2026, usted recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-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

Resumen de costos importantes para el año 2026.....	6
Sección 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año.....	11
Sección 1.1—Cambios en la Prima Mensual del Plan.....	11
Sección 1.2—Cambios en El Máximo de Gastos de su Bolsillo.....	11
Sección 1.3—Cambios en la Red de Proveedores.....	12
Sección 1.4—Cambios en la Red de Farmacias.....	12
Sección 1.5—Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos.....	13
Sección 1.6—Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D.....	22
Sección 1.7—Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos con Receta.....	23
Sección 2 Cambios Administrativos.....	28
Sección 3 Cómo Cambiar de Plan.....	29
Sección 3.1—Plazos para Cambiar de Plan.....	30
Sección 3.2—¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?.....	30
Sección 4 Reciba Ayuda para Pagar sus Medicamentos con Receta.....	31
Sección 5 ¿Tiene preguntas?.....	32
Reciba Ayuda de UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP).....	32
Reciba Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	33
Reciba Ayuda de Medicare.....	33
Reciba Ayuda de Medicaid.....	33

Resumen de costos importantes para el año 2026

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0 de copago por el deducible, las visitas al consultorio médico y estadías en el hospital como paciente hospitalizado.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Prima mensual del plan * *La prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.)	\$20.30	\$4.80
Máximo de gastos de su bolsillo Esto es lo máximo que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener información detallada.)	\$3,400 Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	\$3,400 Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio de un proveedor de cuidado primario	Usted paga \$0 de copago por cada visita.	Usted paga \$0 de copago por cada visita.
Visitas al consultorio de un especialista	Usted paga \$15 de copago por cada visita.	Usted paga \$15 de copago por cada visita.



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-855-245-5196**, 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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Estadías en el hospital como paciente hospitalizado 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 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.	Usted paga \$150 de copago cada día, por los días 1 a 5. \$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare.	Usted paga \$195 de copago cada día, por los días 1 a 5. \$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare.
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada.)	Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta	
	\$0	\$0
	Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta	
	\$590, excepto por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos	\$0 por los medicamentos del Nivel 1 \$615 por los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, excepto por la insulina cubierta y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-855-245-5196**, 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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cobertura de medicamentos de la Parte D (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.) Aviso importante: Medicare ha decidido terminar el programa de Diseño de Seguros Basados en Valores (Value Based Insurance Design, VBID) el 31 de diciembre de 2025. Este es un cambio en toda la industria que afecta a todas las compañías de seguros que ofrecen Medicare Advantage. Pudimos usar este programa para ofrecer todos los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos a \$0 a los miembros de su plan. En el año 2026, los medicamentos cubiertos del Nivel 1 seguirán teniendo \$0 de copago. Debido a la terminación del programa de Diseño de Seguros Basados en Valores, lo que usted paga por los medicamentos de los Niveles 2 a 5 cambiará. Revise esta tabla para saber sus costos compartidos. Para obtener más información detallada, revise la Sección 1.7.	Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta Por todos los medicamentos cubiertos: ☐ \$0 de copago¹	Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos): ☐ \$0 de copago o ☐ \$1.60 de copago o ☐ \$5.10 de copago Por todos los demás medicamentos cubiertos: ☐ \$0 de copago o ☐ \$4.90 de copago o ☐ \$12.65 de copago Si el total que usted paga como copagos y coseguros alcanza



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-855-245-5196**, 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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		\$2,100, el plan pagará el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Usted no tendrá que pagar nada.
	Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta	
	Usted paga 25% del costo total. ¹	Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial: Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 por cada medicamento con receta. Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total. Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total. Usted paga 25%, hasta \$35 por cada suministro de un mes de cada



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-855-245-5196**, 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

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		producto de insulina cubierto de este nivel¹ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total. Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.
	Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores: ☐ Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.	Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores: ☐ Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

¹ En el año 2025, no paga más de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D. En el año 2026, no pagará más de \$35 de copago o 25% del costo total de un medicamento—lo que sea menor—hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0. Usted paga estas cantidades incluso si usted no ha pagado su deducible.



¿Tiene preguntas? Llame a Servicio al Cliente al **1-855-245-5196**, 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

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)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid.)	\$20.30	\$4.80
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. 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, a menos que la pague Medicaid.	Hasta \$1.50 Usted no verá la reducción, si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted.	\$0

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)
Máximo de gastos de su bolsillo Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de	\$3,400 Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de	\$3,400 Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. 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. La prima de nuestro plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.	Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Una vez que usted haya pagado \$3,400 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.	Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Una vez que usted haya pagado \$3,400 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) 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.
- ☐ Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (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 1-855-245-5196 (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) para saber qué farmacias son parte de nuestra red. Cómo obtener un Directorio de Farmacias actualizado:

- ☐ Visite nuestro sitio web en myPreferredCare.com.
- ☐ Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (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 1-855-245-5196 (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 Aviso Anual de Cambios le indica los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Según sea su categoría de participación en Medicaid, por los servicios cubiertos por Medicare:

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0 de copago por su costo compartido de Medicare.

Si usted no es un Beneficiario Calificado de Medicare o no recibe beneficios completos de Medicaid, debe pagar el costo compartido de Medicare.

El costo compartido de Medicare incluye copagos, coseguros y deducibles. Si no recibe el programa Ayuda Adicional, usted es responsable de todos los costos compartidos de la Parte D. Para obtener más información detallada, comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) al 1-888-419-3456

El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios de ambulancia	Usted paga \$150 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. Usted paga \$150 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.	Usted paga \$275 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare. Usted paga \$275 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.
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	Esta sección no existía en su Evidencia de Cobertura 2025. 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.	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. Consulte su Evidencia de Cobertura para conocer los costos compartidos específicos.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes	Usted paga \$0 de copago. Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView. 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.	Usted paga \$0 de copago. Cubrimos solamente las marcas Contour® y Accu-Chek®. Su plan no cubre otras marcas. 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. Tiras para medir la glucosa: Contour, Contour Plus, Contour Next, Accu-Chek Guide y Accu-Chek Aviva Plus. 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.
Cuidado de emergencia	Usted paga \$140 de copago.	Usted paga \$150 de copago.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Servicios para la audición Aparatos auditivos	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. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.	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. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	Usted paga \$150 de copago cada día, por los días 1 a 5. \$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare.	Usted paga \$195 de copago cada día, por los días 1 a 5. \$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga \$150 de copago cada día, por los días 1 a 5. \$0 de copago cada día, por los días 6 a 90.	Usted paga \$195 de copago cada día, por los días 1 a 5. \$0 de copago cada día, por los días 6 a 90.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - otras pruebas de diagnóstico - servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías	Usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico. Usted paga \$250 de copago, de otra manera.	Usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico. Usted paga \$230 de copago, de otra manera.
Cirugía para pacientes ambulatorios - centro de cirugía ambulatoria	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga \$95 de copago, de otra manera.	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga \$140 de copago, de otra manera.
Cirugía para pacientes ambulatorios - centros hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga \$150 de copago, de otra manera.	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga \$195 de copago, de otra manera.
Cirugía para pacientes ambulatorios - servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	Usted paga \$150 de copago.	Usted paga \$195 de copago.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para los cuidadores y control de peso Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas	\$118 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, alimentos saludables, pagar ciertas facturas de servicios públicos y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño. Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios. Los créditos vencen al final de cada mes. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos solamente están disponibles para miembros que califiquen a través del programa de Diseño de Seguros Basados en Valores (Value Based Insurance Design, VBID). Los créditos no se pueden usar para pagar equipos de acondicionamiento físico, dispositivos portátiles o apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso.	\$53 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si usted califica, también puede usarlo para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
	Aviso importante: Medicare ha decidido terminar el programa de Diseño de Seguros Basados en Valores el 31 de diciembre de 2025. Este es un cambio en toda la industria que afecta a todas las compañías de seguros que ofrecen Medicare Advantage. El programa de Diseño de Seguros Basados en Valores permitió a las compañías de seguros que ofrecen Medicare Advantage proporcionar a los miembros beneficios personalizados, como asistencia con la compra de alimentos o costos reducidos por medicamentos con receta. Pudimos usar este programa para ofrecer crédito para pagar alimentos saludables y facturas de servicios públicos a los miembros de su plan.	que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios. Los créditos vencen al final de cada mes. Visite member.uhc.com/uhc/benefits/ssbci después del 1 de octubre de 2025 o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información. Aviso importante: Debido a la terminación del programa de Diseño de Seguros Basados en Valores, usaremos el programa de Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas para seguir

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		ofreciendo beneficios como alimentos saludables y servicios públicos. Debido a este cambio, usted debe tener una enfermedad crónica que califica para usar su crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para ayudarle a pagar alimentos saludables y servicios públicos.
Rehabilitación pulmonar	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$15 de copago.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Referencia	No se requiere una referencia para que los servicios tengan cobertura.	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. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura.
Terapia de ejercicios supervisada (SET)	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$15 de copago.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
Cuidado de la vista 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. 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 \$200 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 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.

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

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 1-855-245-5196 (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 1-855-245-5196 (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 1-855-245-5196 (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**

Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.

☐ **Etapa 2: Cobertura Inicial**

Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasará a la Etapa de 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)
Deducible Anual	\$0 (Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.) Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: \$590	\$0 (Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.) Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta: \$615 Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), Usted paga el costo total de los medicamentos de los

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.

Costos de Medicamentos en Etapa 2: Cobertura Inicial

Si no recibe el programa Ayuda Adicional en el año 2026, su costo compartido por los medicamentos cubiertos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 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 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Por ejemplo, si su coseguro es del 25% y el costo total de su medicamento con receta es de \$100, usted pagaría \$25. El plan paga el resto. Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el deducible; luego, comenzará a pagar el coseguro.

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, búselos 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)
	Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta	
Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos)	\$0 de copago	Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA)

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		(Medicaid) entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: ☐ \$0 de copago o ☐ \$1.60 de copago o ☐ \$5.10 de copago
Por todos los demás medicamentos cubiertos	\$0 de copago	Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: ☐ \$0 de copago o ☐ \$4.90 de copago o ☐ \$12.65 de copago
	Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta	
Nivel 1 - Genéricos Preferidos	Usted paga 25% del costo total. ¹	Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.
Nivel 2 - Genéricos		Usted paga 25% del costo total.
Nivel 3 - De Marca Preferidos		Usted paga 25% del costo total.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
		Usted paga 25%, hasta \$35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel ¹ .
Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos		Usted paga 25% del costo total.
Nivel 5 - De Especialidad		Usted paga 25% del costo total.

¹ En el año 2025, no paga más de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D. En el año 2026, no pagará más de \$35 de copago o 25% del costo total de un medicamento—lo que sea menor—hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0. Usted paga estas cantidades incluso si usted no ha pagado su deducible.

Cambios en su Beneficio de la Parte D del Programa de Diseño de Seguros Basados en Valores (VBID)

Medicare ha decidido terminar el programa de Diseño de Seguros Basados en Valores (Value Based Insurance Design, VBID) el 31 de diciembre de 2025. Este es un cambio en toda la industria que afecta a todas las compañías de seguros que ofrecen Medicare Advantage. El programa de Diseño de Seguros Basados en Valores permitió a las compañías de seguros que ofrecen Medicare Advantage proporcionar a los miembros beneficios personalizados, como asistencia con la compra de alimentos o costos reducidos por medicamentos con receta. Pudimos usar este programa para ofrecer todos los medicamentos con receta de la Parte D cubiertos a \$0 a los miembros de su plan.

En el año 2026, los medicamentos cubiertos del Nivel 1 seguirán teniendo \$0 de copago. Debido a la terminación del programa de Diseño de Seguros Basados en Valores, lo que usted paga por los medicamentos de los Niveles 2 a 5 cambiará. Lo que usted paga lo determina Medicare y depende de la etapa en que se encuentre, el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe y si se trata de un medicamento de marca o genérico. Si llega a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, usted tendrá \$0 de copago por todos los medicamentos cubiertos durante el resto del año del plan. Para obtener más información detallada sobre sus costos compartidos, revise las tablas de la Parte D anteriores.

Cambios en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

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)
Cuidado de emergencia - Reembolso de gastos por servicios mundiales	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.

	2025 (este año)	2026 (próximo año)
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 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. Si desea más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.medicare.gov .
Servicios para trasplantes - Viaje y alojamiento	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 Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP).

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

- ☐ **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- ☐ **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura de medicamentos de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. Su inscripción en UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-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 1-855-245-5196 (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.
- ☐ **Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare**, visite es.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

Debido a que usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía en nuestro plan si elige una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- ☐ Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare,

- ☐ Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare (Si elije esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.), o
- ☐ Si cumple los requisitos, un Plan Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble que le ofrezca Medicare y la mayoría o todos los servicios y beneficios de Medicaid en un 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 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.medicare.gov.

Sección 5 ¿Tiene preguntas?

Reciba Ayuda de UHC Preferred Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP)

- ☐ **Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 8 a.m. a 8 p.m.: 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 Dual Complete FL-V2 (HMO D-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 1-855-245-5196 (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 o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Reciba Ayuda de Medicaid

Llame a Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-955-8771 para recibir ayuda con la inscripción en Medicaid o preguntas sobre beneficios.

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 หากคุณพูดภาษาไทย (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 Dual Complete FL-V2 (HMO D-SNP)

Servicio al Cliente:



Llame al **1-855-245-5196**

Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a.m. a 8 p.m.: 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. 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.



Escriba a: **P.O. Box 30769**
Salt Lake City, UT 84130-0769



myPreferredCare.com