

# Resumen de Beneficios 2026

**UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO)**

H1045-037-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



**myPreferredCare.com**



**Número gratuito 1-844-723-6470, TTY 711**

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**Preferred  
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

# Resumen de Beneficios

**Del 1 de enero de 2026 al 31 de diciembre de 2026**

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

## UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO)

### Prima, deducible y límites médicos

|   |   |
|---|---|
| <b>Prima mensual del plan</b>   | \$0<br>Usted tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare  |
| <b>Reducción de la Prima de la Parte B</b>                                  | Hasta \$19<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>Deducible médico anual</b>   | Este plan no tiene un deducible médico.   |
| <b>Máximo de gastos de su bolsillo</b> (no incluye medicamentos con receta) | \$3,400<br><br>Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.<br><br>Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad. |

### Beneficios médicos

|  |  |
|--|--|
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>  | \$195 de copago por día, días 1 a 5<br>\$0 de copago por día, días 6 y en adelante |
| Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado. |  |

## Beneficios médicos

### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales cubiertos por el plan.

Centro de cirugía ambulatoria (ASC)<sup>2</sup> \$0 de copago por una colonoscopia  
\$140 de copago, de otra manera

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía<sup>2</sup> \$0 de copago por una colonoscopia  
\$195 de copago, de otra manera

Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios<sup>2</sup> \$195 de copago

### Visitas al médico

Proveedor de cuidado primario \$0 de copago

Especialistas<sup>1,2</sup> \$15 de copago

Visitas virtuales médicas \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo

### Servicios preventivos

Examen médico de rutina \$0 de copago, 1 por año

## Beneficios médicos

Cubiertos por Medicare \$0 de copago

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

Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.

Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.

---

## Beneficios médicos

### Cuidado de emergencia

\$150 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

### Servicios requeridos de urgencia

\$65 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita

### Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías

Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])<sup>2</sup>

\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico  
\$260 de copago, de otra manera

Servicios de laboratorio<sup>2</sup>

\$0 de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico<sup>2</sup>

\$5 de copago

Radiología terapéutica<sup>2</sup>

\$25 de copago

Radiografías para pacientes ambulatorios<sup>2</sup>

\$5 de copago

## Beneficios médicos



### Servicios para la audición

Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio<sup>2</sup>

\$0 de copago

Examen de audición de rutina

\$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva

Aparatos auditivos<sup>2</sup>

\$199 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año.

- Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta
- Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios
- La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía
- Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura



### Beneficios dentales de rutina

Servicios preventivos e integrales<sup>2</sup>

\$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro

Los servicios dentales integrales tienen cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan

\$0 de copago por servicios dentales integrales

## Beneficios médicos



### Servicios para la vista

|  |   |
|--|---|
| Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup> | \$0 de copago   |
| Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas                          | \$0 de copago   |
| Examen de la vista de rutina   | \$0 de copago, 1 por cada año   |
| Artículos para la vista de rutina  | \$0 de copago<br>El plan paga hasta \$100 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto.<br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos). |

### Salud mental

|  |   |
|--|---|
| Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup><br>Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado | \$195 de copago por día, días 1 a 5<br>\$0 de copago por día, días 6 a 90   |
| Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>  | \$15 de copago  |
| Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>  | \$25 de copago  |
| Visitas virtuales de salud mental  | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |

## Beneficios médicos

**Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup>** \$0 de copago por cada día, días 1 a 20  
\$150 de copago por cada día, días 21 a 100

Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada.

**Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios** Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje<sup>1,2</sup> \$10 de copago

Visita de terapia ocupacional<sup>1,2</sup> \$10 de copago

**Ambulancia<sup>2</sup>** \$120 de copago por transporte terrestre  
\$120 de copago por transporte aéreo  
Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.

**Transporte de rutina** \$0 de copago por 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias

**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare** Medicamentos para quimioterapia<sup>2</sup> 20% de coseguro

El costo compartido indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos.

Insulina cubierta de la Parte B<sup>2</sup> 20% de coseguro, hasta \$35

Otros medicamentos de la Parte B<sup>2</sup> \$0 de copago por antígenos para alergias  
20% de coseguro por todos los demás

Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada.

## ¿Qué es el coseguro?

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 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.

| <b>Etapas de pago de medicamentos con receta</b>           |   |                               |                                       |
|--|---|-------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Deducible</b>   | No hay un deducible por los medicamentos del Nivel 1 y 2. La cobertura de esos medicamentos comienza en la Etapa de Cobertura Inicial. Hay un deducible de \$270 por los medicamentos del Nivel 3, 4 y 5. Usted paga el costo total de sus medicamentos en esos niveles hasta que alcance el deducible. Luego usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. |                               |                                       |
| <b>Cobertura Inicial</b>                                   | En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,100, lo que incluye la cantidad que pagó para alcanzar su deducible, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.   |                               |                                       |
| <b>Nivel de cobertura de medicamentos</b>                  | <b>Medicamentos en una farmacia minorista</b>   |                               | <b>Farmacia de pedidos por correo</b> |
|  | <b>Suministro de 30 días<sup>^</sup></b>  | <b>Suministro de 100 días</b> | <b>Suministro de 100 días</b>         |
| <b>Nivel 1:</b><br>Genéricos<br>Preferidos                 | \$0 de copago   | \$0 de copago                 | \$0 de copago                         |
| <b>Nivel 2:</b><br>Genéricos <sup>3</sup>                  | \$0 de copago   | \$0 de copago                 | \$0 de copago                         |
| <b>Nivel 3:</b><br>De Marca<br>Preferidos                  | 19% de coseguro   | 19% de coseguro               | 19% de coseguro                       |
| Insulina Cubierta <sup>4</sup>                             | 19%, hasta \$35 de copago   | 19%, hasta \$105 de copago    | 19%, hasta \$105 de copago            |
| <b>Nivel 4:</b><br>Medicamentos No Preferidos <sup>5</sup> | 41% de coseguro   | N/C                           | N/C                                   |
| <b>Nivel 5:</b><br>De Especialidad <sup>5</sup>            | 30% de coseguro   | N/C                           | N/C                                   |

## Etapas de pago de medicamentos con receta

### Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.

### Medicamentos cubiertos adicionales

Estos medicamentos no los cubre la Parte D de Medicare y no están en la Lista de Medicamentos del plan.

Este plan cubre estos medicamentos adicionales como medicamentos del Nivel 2.

- Vitamina D (50,000)
- Sildenafil (Viagra genérico)
- Cianocobalamina (Vitamina B-12)
- Ácido fólico (1 mg)

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

<sup>3</sup> Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

<sup>4</sup> Usted no paga más del 19% del costo total de un medicamento o \$35 de copago, lo que sea menor, por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D, incluso si usted no ha pagado su deducible, hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga \$0.

<sup>5</sup> Limitado a un suministro de 30-días

## Beneficios adicionales

### Servicios quiroprácticos

Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación)<sup>2</sup>

\$20 de copago

## Beneficios adicionales

### Manejo de la diabetes

Suministros para el Control de la Diabetes<sup>2</sup>

\$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.

---

Capacitación para el automanejo de la diabetes

\$0 de copago

---

Plantillas o zapatos terapéuticos<sup>2</sup>

20% de coseguro

---

### Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)<sup>2</sup>

20% de coseguro

---

Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)<sup>2</sup>

\$0 de copago - 20% de coseguro

---

## Beneficios adicionales



### Programa de acondicionamiento físico

\$0 de copago

Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo adicional e incluye:

- Membresía gratuita a gimnasios en los sitios principales y de primera categoría
- Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios
- Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet
- Actividades para ejercitar la memoria por Internet

### Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

Exámenes y tratamiento de los pies<sup>2</sup>

\$15 de copago

Cuidado de rutina de los pies

\$15 de copago, 6 visitas por año

### Beneficio de comidas<sup>2</sup>

\$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)

### Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup>

\$0 de copago

### Cuidados para Enfermos Terminales

Usted no paga nada por los cuidados para enfermos terminales recibidos de cualquier centro aprobado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Los cuidados para enfermos terminales están cubiertos por Medicare Original, fuera de nuestro plan.

### Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides<sup>2</sup>

\$0 de copago

## Beneficios adicionales

|   |   |                |
|---|---|----------------|
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</b> | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>   | \$15 de copago |
|   | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup> | \$25 de copago |



### Crédito para productos de venta sin receta (OTC)

\$70 de crédito cada trimestre para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) en tiendas o en Internet

- Elija entre miles de productos de venta sin receta de marca y genéricos, como vitaminas, analgésicos, artículos de primeros auxilios y más
- Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca

### Diálisis renal<sup>2</sup>

20% de coseguro

<sup>1</sup> Se requiere una referencia de su médico.

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

## Descuentos para miembros



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

## Acerca de este plan

UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare.

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

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de:

**Florida:** Palm Beach.

## Use proveedores y farmacias de la red

UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Este plan de salud requiere que usted elija un proveedor de cuidado primario (primary care provider, PCP) de la red. Su proveedor de cuidado primario se encarga de la mayoría de sus necesidades de cuidado de la salud de rutina y será el responsable de coordinar todo su cuidado. Si necesita consultar a un especialista de la red o a otro proveedor de la red, es posible que tenga que obtener una referencia de su proveedor de cuidado primario. Antes de elegir a su proveedor de cuidado primario del plan, le conviene informarse de cuáles serían los especialistas y los hospitales que dicho proveedor le recomendaría o para los que le daría una referencia. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

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

## Información necesaria

UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

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

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

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 7 a.m. a 10 p.m. hora del Centro: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-231-7201 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 7 a.m.-10 p.m. CT: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

### Aparatos auditivos

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

### Programa de acondicionamiento físico

El beneficio de acondicionamiento físico y la red de gimnasios varían según el plan o el área, y los centros participantes pueden cambiar. El beneficio de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico en los centros participantes. No todos los planes ofrecen acceso a centros de primera categoría. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud.

### Crédito para productos de venta sin receta

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

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

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

participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare y sus correspondientes subsidiarias no son responsables de los servicios ni de la información proporcionada por terceros.