

# Beneficios Importantes

## UHC Preferred Dual Complete FL-D001 (HMO D-SNP)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2026. Las cantidades indicadas varían según sea la cantidad que el estado cubre de los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare. Para obtener información completa y los costos para las personas a quienes el estado no cubre los costos compartidos de las Partes A y B de Medicare, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

| Costos del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare, usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare. Es posible que tenga que pagar copagos bajos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Si su derecho de participación en Medicaid o en el programa “Ayuda Adicional” cambia, el costo compartido y la prima pueden cambiar. |                                                   |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos | Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos |
| Prima mensual del plan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0 con el programa “Ayuda Adicional”             | \$4.80 sin el programa “Ayuda Adicional”          |
| Deducible médico anual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$0                                               | \$257 <sup>†</sup>                                |
| Máximo anual de gastos de su bolsillo<br>(lo máximo que usted podría pagar en un año por cuidado médico cubierto)                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$0                                               | \$9,250                                           |

| Beneficios del plan                                                                                                                                                 |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Su plan tiene un deducible que se aplica a ciertos beneficios médicos. Para obtener más información, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. |                                                   |                                                   |
|                                                                                                                                                                     | Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos | Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos |
| Visita al consultorio médico                                                                                                                                        |                                                   |                                                   |
| Proveedor de cuidado primario (PCP)                                                                                                                                 | \$0 de copago                                     | 20% de coseguro                                   |

| Beneficios del plan                                                                                                                                     |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                         | Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos                                                                                                       | Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos                                                                                                       |
| Especialista                                                                                                                                            | \$0 de copago (se necesita una referencia)                                                                                                              | \$0 de copago (se necesita una referencia)                                                                                                              |
| Visitas virtuales                                                                                                                                       | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |
| <b>Servicios preventivos</b>                                                                                                                            | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados</b>                                                                                               | \$0 de copago por cada estadía por un número de días ilimitado                                                                                          | \$1,910 de copago por cada estadía por un número ilimitado de días                                                                                      |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>                                                                                                         | \$0 de copago por día, por los días 1 a 100                                                                                                             | \$0 de copago por día, días 1 a 100                                                                                                                     |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía</b><br>(Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan) | \$0 de copago                                                                                                                                           | 20% de coseguro                                                                                                                                         |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>                                                                                            |                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |
| Terapia de grupo                                                                                                                                        | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| Terapia individual                                                                                                                                      | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$0 de copago                                                                                                                                           |
| Visitas virtuales                                                                                                                                       | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo | \$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 del plan                                                                                                          |                                                    |                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                              | Con Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos  | Sin Ayuda de Medicaid para los Costos Compartidos                                                     |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>                                                               |                                                    |                                                                                                       |
| Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)                                                              | \$0 de copago                                      | \$0 de copago                                                                                         |
| Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)                                                      | \$0 de copago                                      | \$0 de copago                                                                                         |
| <b>Suministros para el control de la diabetes</b>                                                                            | \$0 de copago para las marcas que tienen cobertura | \$0 de copago para las marcas que tienen cobertura                                                    |
| <b>Servicios de radiodiagnóstico</b> (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) | \$0 de copago                                      | 20% de coseguro                                                                                       |
| <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico</b> (no radiológicos)                                                             | \$0 de copago                                      | 20% de coseguro                                                                                       |
| <b>Servicios de laboratorio</b>                                                                                              | \$0 de copago                                      | \$0 de copago                                                                                         |
| <b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>                                                                              | \$0 de copago                                      | 20% de coseguro                                                                                       |
| <b>Ambulancia</b>                                                                                                            | \$0 de copago por transporte terrestre o aéreo     | 20% de coseguro por transporte terrestre o aéreo                                                      |
| <b>Cuidado de emergencia</b>                                                                                                 | \$0 de copago (mundial)                            | \$115 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>                                                                                      | \$0 de copago (mundial)                            | \$0 de copago (mundial)                                                                               |

† Estas cantidades son las correspondientes al año 2025 que establece Medicare y es posible que cambien para el año 2026

| Beneficios adicionales del plan                                                                                          |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen médico de rutina                                                                                                  |                                    | \$0 de copago, 1 por año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|  <b>Servicios para la audición</b>      | Examen de audición de rutina       | \$0 de copago por un examen de audición de rutina para ayudar a mantener la salud auditiva                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                          | Aparatos auditivos                 | Una asignación de \$2,200 para 2 aparatos auditivos cada 2 años <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Una amplia selección de aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), de alta calidad y de marca con receta</li> <li>□ Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 6,500 sitios</li> <li>□ La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía</li> <li>□ Los aparatos auditivos que se compren fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura</li> </ul> |
|  <b>Beneficios dentales de rutina</b> | Servicios preventivos e integrales | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro<br>Los servicios dentales integrales tienen cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan<br>\$0 de copago por servicios dentales integrales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|  <b>Servicios para la vista</b>       | 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 \$250 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).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

## Beneficios adicionales del plan



### 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 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

### Transporte de rutina

\$0 de copago por un número ilimitado de viajes en una sola dirección, desde o hacia citas médicas aprobadas y farmacias

### Cuidado de los pies - de rutina

\$0 de copago, 6 visitas por cada año



### Productos de venta sin receta (OTC), alimentos saludables, servicios públicos + apoyo para el bienestar

\$244 de crédito cada mes para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y apoyo para el bienestar, además de alimentos saludables y servicios públicos para miembros que califiquen

- ☐ Elija entre miles de productos de venta sin receta, como suministros de primeros auxilios, analgésicos y más
- ☐ Compre alimentos saludables, como frutas, verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
- ☐ Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens y Dollar General, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca
- ☐ Pague servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet
- ☐ Obtenga apoyo para el bienestar que incluye servicios a domicilio, asesoramiento para el control de peso, relevo del cuidador, artículos de acondicionamiento físico selectos y mucho más.

## Beneficios adicionales del plan

### Beneficio de comidas

\$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)

### Servicios de apoyo a domicilio

\$0 de copago por 12 horas de apoyo a domicilio después de ser dado de alta de un hospital como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada

## Medicamentos con receta

Si usted no califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), usted paga el costo compartido de la Parte D de Medicare que se indica en la Evidencia de Cobertura. Si usted califica para el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (LIS), usted paga:

### Deducible

Su deducible es \$0

### Cobertura Inicial

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, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

### Cobertura de medicamentos

**Suministro de 30 días o 100 días en farmacia minorista de la red**

### Genéricos (incluso medicamentos de marca que se consideran como genéricos)

\$0, \$1.60, o \$5.10 de copago  
Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen \$0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

### Todos los demás medicamentos<sup>1</sup>

\$0, \$4.90, o \$12.65 de copago  
Los medicamentos del Nivel 1 siempre tienen \$0 de copago. (Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días)

### Cobertura de Gastos Médicos Mayores

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

<sup>1</sup> Usted no paga más del 25% 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.

**Escanee este código para  
ver su Resumen de  
Beneficios**



**Preferred  
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

El beneficio de alimentos saludables y servicios públicos es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como diabetes, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica, presión arterial alta crónica o colesterol alto crónico, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades crónicas que califican que no aparecen aquí.

Las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles pueden variar según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. Para obtener más información detallada, comuníquese con el plan. La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2026\_SP\_M H1045012000

PCFL26HM0335817\_000