

Resumen de Beneficios 2026

UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)

H1045-038-000

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

Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.



myPreferredCare.com



Número gratuito 1-855-874-6282, TTY 711

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



**Preferred
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

Resumen de Beneficios

Del 1 de enero de 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** o llame a Servicio al Cliente para recibir ayuda. Después de que se inscriba en el plan, recibirá más información indicándole dónde puede visitar en Internet para consultar los detalles de su plan.

UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)

Prima, deducible y límites médicos

Prima mensual del plan	\$4.80
-------------------------------	--------

Deducible médico anual

Su deducible médico es el deducible de la Parte B de Medicare Original, dentro de la red, según se indica más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos. El deducible del año 2025 es de \$257. El deducible para el año 2026 será determinado por CMS en el otoño de 2025. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.

Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)

\$9,250

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.

Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.

Costo compartido de Medicare

Si recibe beneficios completos de Medicaid o si es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), usted pagará \$0 por los servicios cubiertos por Medicare, según lo indica el costo compartido en esta tabla.

Beneficios médicos

Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados²

\$0 de copago por cada estadía, o
\$2,085 de copago por cada estadía

Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

Centro de cirugía ambulatoria (ASC)²

\$0 de copago por una colonoscopia
\$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía²

\$0 de copago por una colonoscopia
\$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera

Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios²

\$0 de copago o 20% de coseguro

Visitas al médico

Proveedor de cuidado primario

\$0 de copago o 20% de coseguro

Especialistas^{1,2}

\$0 de copago

Visitas virtuales médicas

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

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

\$0 de copago o \$95 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

\$0 de copago (mundial) 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])²

\$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico
\$0 de copago o 20% de coseguro, de otra manera

Servicios de laboratorio²

\$0 de copago

Pruebas y procedimientos de diagnóstico²

\$0 de copago

Radiología terapéutica²

\$0 de copago o 20% de coseguro

Radiografías para pacientes ambulatorios²

\$0 de copago o 20% de coseguro

Beneficios médicos



Servicios para la audición

Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio²

\$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 auditivos²

Una asignación de \$2,500 para 2 aparatos auditivos cada 2 años

- ☐ 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 compran fuera de UnitedHealthcare Hearing no tienen cobertura



Beneficios dentales de rutina

Servicios preventivos e integrales²

\$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 ²	\$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 El plan paga hasta \$300 cada año para lentes/ marcos y lentes de contacto. 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 ² Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado	\$0 de copago por cada estadía, o \$2,080 de copago por cada estadía
Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago
Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago
Visitas virtuales de salud mental	\$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo

Beneficios médicos

Centro de enfermería especializada (SNF)² \$0 de copago por cada día, días 1 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 ^{1,2}	\$0 de copago o 20% de coseguro
	Visita de terapia ocupacional ^{1,2}	\$0 de copago o 20% de coseguro

Ambulancia²

Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.

\$0 de copago por transporte terrestre
\$0 de copago por transporte aéreo

Transporte de rutina

\$0 de copago por un número ilimitado de 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 ²	\$0 de copago
Insulina cubierta de la Parte B ²	\$0 de copago
Otros medicamentos de la Parte B ²	\$0 de copago

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

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, 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, lo que incluye la cantidad que pagó para alcanzar su deducible, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.
Cobertura de medicamentos	Suministro de 30 días[^] o 100 días en una 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 ³	\$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 de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.

[^]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.

³ 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.

Beneficios adicionales

Servicios quiroprácticos	Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) ²	\$0 de copago
Manejo de la diabetes	Suministros para el Control de la Diabetes ²	\$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 ²	\$0 de copago
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados	Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) ²	\$0 de copago
	Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) ²	\$0 de copago

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 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 pies²

\$0 de copago o 20% de coseguro

Cuidado de rutina de los pies

\$0 de copago, 6 visitas por año

Beneficio de comidas²

\$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 domicilio²

\$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 opioides²

\$0 de copago

Beneficios adicionales

Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias	Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago
	Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios ²	\$0 de copago



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

\$234 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

Diálisis renal²

\$0 de copago

¹ Se requiere una referencia de su médico.

² 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.

Deducible del Plan

Su plan tiene un deducible para ciertos servicios. La información sobre beneficios que aquí se incluye es un resumen de qué es lo que cubrimos y qué es lo que a usted le corresponde pagar. No indica todos los servicios que cubrimos ni indica todas las limitaciones y exclusiones. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) incluye una lista completa de los servicios que cubrimos.

Se aplica el deducible a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario.

Deducible medico anual

Su deducible es el deducible de la Parte B de Medicare Original del año 2026 por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación. El deducible de Medicare del año 2025 es de \$257. El deducible para el año 2026 será determinado por CMS en el otoño de 2025. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

Funciona de la siguiente manera:

1. Usted paga el deducible total de su plan; luego,
2. Usted paga su copago o coseguro; finalmente,
3. Su plan paga el resto.

Se aplica el deducible fuera de la red a las siguientes categorías de beneficios cubiertos por Medicare, a menos que se especifique lo contrario:

Dentro de la red

Lista de servicios que corresponden

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

- ☐ Centro de cirugía ambulatoria (ASC), excluye colonoscopia de diagnóstico
- ☐ Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía, excluye colonoscopia de diagnóstico
- ☐ Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios

Visitas al médico

- ☐ Médico Primario
- ☐ Especialistas

Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías

- ☐ Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico y examen vascular a domicilio
- ☐ Pruebas y procedimientos de diagnóstico
- ☐ Radiología terapéutica
- ☐ Radiografías para pacientes ambulatorios

Servicios para la audición

- ☐ Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio

Servicios para la vista

- ☐ Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos
- ☐ Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas

Salud mental

- ☐ Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- ☐ Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje

Ambulancia (Todo lo que no es de emergencia)

Medicamentos de la Parte B de Medicare

- ☐ Medicamentos para quimioterapia
- ☐ Otros medicamentos de la Parte B

Servicios quiroprácticos

- ☐ Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación

Manejo de la diabetes

- ☐ Suministros para el control de la diabetes
- ☐ Plantillas o zapatos terapéuticos

Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados

- ☐ Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)
- ☐ Prótesis (por ejemplo, aparatos ortopédicos, extremidades artificiales)

Cuidado de los pies (servicios de podiatría)

- ☐ Exámenes y tratamiento de los pies

Visita de terapia ocupacional

Servicios del programa de tratamiento relacionado con opioides

Servicios para trastornos por consumo de sustancias como paciente ambulatorio

- ☐ Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios
- ☐ Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios

Diálisis renal

Beneficios de Medicaid

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

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

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

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid (incluso servicios de cuidado de asistencia)	Con cobertura
Visitas al consultorio médico	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid Incluye pruebas de detección, servicios de salud en áreas rurales, centros de salud con aprobación federal, servicios clínicos y servicios de parte de un asistente médico.	
Cirugía para pacientes ambulatorios	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Cuidado de emergencia	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
Servicios requeridos de urgencia	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio y radiología, y radiografías	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Servicios para la audición	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura
Servicios dentales	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
Servicios para la vista	Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid, incluso hasta un examen de la vista de rutina, hasta un par de marcos por año (quedan incluidos los lentes y marcos de anteojos cubiertos por Medicaid) y, en total, hasta dos pares de lentes por año (quedan incluidos los lentes cubiertos por Medicaid), o bien, lentes de contacto (si son médicamente necesarios). Es posible que se requiera preautorización y los servicios deben ser prestados por un proveedor de servicios para la vista participante.	Con cobertura
Cuidado preventivo	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	
Cuidado de la salud mental ☐ Administración de casos de salud del comportamiento dirigida a grupos específicos ☐ Servicios de salud mental comunitarios ☐ Administración de casos de salud mental	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Rehabilitación para pacientes ambulatorios	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid Incluye los servicios de un fisioterapeuta registrado, servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
Ambulancia	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Transporte (de rutina)	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid En el caso de los miembros que califican para recibir beneficios adicionales de Medicaid, cuando los servicios de transporte son prestados por un proveedor participante, Medicaid paga un número ilimitado de viajes para este servicio si no tiene cobertura de Medicare o si se ha agotado todo el beneficio de Medicare.	Con Cobertura
Beneficios de medicamentos con receta	Medicaid no cubre los medicamentos cubiertos por la Parte D.	Con Cobertura
Servicios Quiroprácticos	Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:	Con Cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	
Suministros y servicios para la diabetes	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Equipo médico duradero (Sillas de ruedas, oxígeno, etc.)	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Cuidado de los pies (Servicios de podiatría)	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
	Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	
Centro de Enfermería Especializada (SNF)	Según sea su categoría de participación en Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid, incluso los servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.	Con cobertura
Cuidados paliativos	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura

Beneficios	Medicaid	UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)
Diálisis renal	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Prótesis (abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales, etc.)	Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted. Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos: \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura
Productos de venta sin receta (con receta)	\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid	Con cobertura

Acerca de este plan

UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO que tiene un contrato con Medicare.

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

Este plan es un Plan para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP); es para personas que tienen tanto Medicare como Medicaid. La cobertura de Medicaid depende de sus ingresos, de sus recursos y de otros factores.

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

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

- **Individuos con Elegibilidad Doble y Beneficios Completos (Full Benefits Dual Eligible, FBDE):** Es posible que Medicaid proporcione ayuda limitada con los costos compartidos de Medicare. Medicaid también proporciona beneficios completos de Medicaid. Usted cumple los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid. En ciertos casos, es posible que usted también cumpla los requisitos para recibir ayuda limitada de la Oficina Estatal de Medicaid para pagar los costos compartidos de Medicare que le corresponden a usted. Por lo general, si el servicio está cubierto tanto por Medicare como por Medicaid, su costo compartido es 0%. Habrá situaciones en que tendrá que pagar el costo compartido si el servicio o beneficio no tiene cobertura de Medicaid.

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

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de:

Florida: Palm Beach.

Use proveedores y farmacias de la red

UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP) 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** para buscar un proveedor o una farmacia de la red mediante los directorios en Internet. También puede consultar la Lista de Medicamentos (Formulario) del plan para saber qué medicamentos están cubiertos y si hay alguna restricción.

Información necesaria

UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP) está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

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

Si desea más información sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, consulte la versión más reciente del manual "Medicare y Usted". El manual está disponible en Internet en [es.medicare.gov](https://www.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 1-855-245-5196 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-855-245-5196 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

Aparatos auditivos

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

Programa de acondicionamiento físico

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.

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

Los beneficios de productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC), alimentos y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Revise su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener más información. 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 que califican que no aparecen aquí. Ciertos servicios de apoyo para el bienestar son prestados por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare y la participación puede estar sujeta a la aceptación de los términos y normas correspondientes de los terceros. UnitedHealthcare

no es responsable de los servicios prestados por terceros.

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.