Aviso Anual de Cambios 2027

UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP)

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **myPreferredCare.com**

Número gratuito **1-855-245-5196,** TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Preferred Care Partners
A UnitedHealthcare Company

Y0066_ANOC_H1045_065_000_2027_SP_M

Tenga confianza y esté preparado para el próximo año

UnitedHealthcare ha sido la marca Medicare Advantage más elegida de los Estados Unidos por 18 años consecutivos. Su salud y bienestar están en el centro de todo lo que hacemos. Estamos aquí para ayudarle a recibir el cuidado que necesita. Nuestro objetivo es mantener su cobertura a precios económicos y asegurar que su experiencia con Medicare sea más fácil. Mientras que la información detallada del plan puede cambiar cada año, nuestro compromiso con usted se mantiene intacto.

Los cambios en la industria de Medicare podrían afectar algunos beneficios del plan

Cada año, los planes de Medicare pueden cambiar debido a las normas de la industria y al financiamiento federal. Sabemos que es importante entender qué cambios ocurrirán en el año 2027. Esto puede ayudarle a tomar las mejores decisiones para su salud y presupuesto.

Lo que cambiará en su plan para el año 2027

Este Aviso Anual de Cambios explica las actualizaciones en su plan 2027. El aviso incluye cualquier cambio en sus costos, beneficios y cobertura. Esto puede ayudarle a decidir si este plan de UnitedHealthcare aún se adapta a sus necesidades.

A continuación, encontrará algunos de los beneficios importantes de su plan 2027:

Su plan todavía tendrá el crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para ayudar con sus necesidades diarias, pero la cantidad cambiará el próximo año. Use sus créditos y recompensas ganadas para comprar miles de productos de venta sin receta cubiertos, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican.

Su plan incluye $5,000 para servicios dentales preventivos e integrales. Inicie sesión en su sitio web para miembros para obtener más información detallada.

Su plan incluye una asignación de $300 para servicios para la vista. Puede usarla para comprar un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.

Su plan podría tener otros cambios. Revise el Aviso Anual de Cambios para obtener información detallada completa.

Nuevo para el año 2027: 2 tarjetas para mayor protección y seguridad

En el año 2027, usted recibirá 2 tarjetas fáciles de usar:

- **Su tarjeta de ID de miembro** – Úsela en el consultorio médico y la farmacia
- **Su UCard® de UnitedHealthcare** – Úsela para los beneficios del plan como: los créditos para productos de venta sin receta

Tener tarjetas separadas ayuda a proteger su información de salud personal. También hace que sea más fácil usar sus beneficios. Sus tarjetas llegarán en correspondencias apartes. Asegúrese de que reciba ambas tarjetas.

Pautas para usar sus créditos para productos de venta sin receta (OTC)

Para seguir usando sus créditos para productos de venta sin receta para pagar alimentos saludables y servicios públicos, se nos exige confirmar que usted tiene una enfermedad crónica que califica y que tiene necesidades de salud complejas. La buena noticia es que ya estamos revisando si usted cumple los requisitos. Pronto, le enviaremos una actualización.

Cómo prepararse para el próximo año

- ✔ Revise su Aviso Anual de Cambios 2027.
- ✔ Visite la página **"Prepare for Next Year" (Prepárese para el Próximo Año)** en su sitio web para miembros o en la aplicación UnitedHealthcare®. Puede consultar cómo ha usado su plan este año y qué puede esperar antes del Período de Inscripción Anual.
- ✔ Recibirá más información de nuestra parte sobre sus beneficios y cobertura para el próximo año.

Su inscripción se renovará automáticamente

Si este plan todavía satisface sus necesidades, usted no tiene que hacer nada. Su inscripción se renovará automáticamente. Usted seguirá teniendo acceso a la cobertura, los beneficios y el apoyo del plan de UnitedHealthcare en los que hoy confía.

Si ya no le parece que este es el plan más adecuado para usted, comuníquese con nosotros después del 1 de octubre. Le ayudaremos con gusto a explorar otras opciones que satisfagan mejor sus necesidades de cuidado de la salud y su presupuesto

Gracias por confiar en nosotros para acompañarle en su experiencia con Medicare

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro. También puede comunicarse con su agente de ventas con licencia local, si tiene uno.

Agradecemos su membresía y esperamos poder ayudarle a comenzar el año 2027 de la mejor manera.

Escanee el código QR o visite **uhc.care/covered** para acceder a la página **"Prepare for Next Year"** (Prepárese para el Próximo Año) y si desea más información sobre los cambios en la industria de Medicare y las actualizaciones de la experiencia con el plan.

© 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Y0000_0000000000_C P0000000_A

Más información disponible en Internet después del 15 de octubre de 2026

El Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) proporciona información importante sobre los cambios en su plan para el próximo año, pero es posible que no incluya todas las actualizaciones.

Para obtener la información más actualizada y completa de su plan, revise los materiales de su plan 2027 en **myPreferredCare.com** después del 15 de octubre de 2026.

Directorio de Proveedores

Confirme que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.

Directorio de Farmacias

Consulte qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

Lista de Medicamentos (Formulario)

Confirme que sus medicamentos estarán cubiertos por su plan el próximo año y revise cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2027 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura (Evidencia de Cobertura, EOC) es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus derechos y responsabilidades como un miembro.

Entendemos que algunos miembros prefieren obtener copias impresas de los materiales de su plan. Llame a o chatee con nuestro Servicio al Cliente, si desea una copia impresa de los materiales. de su plan 2027. Con gusto se los enviaremos sin costo para usted.

También puede visitar **myPreferredCare.com** para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

Su inscripción continuará automáticamente

Y0066_210610_INDOI_C

Si todavía este es el plan adecuado para usted, no necesita tomar ninguna medida para seguir inscrito en el plan el próximo año. Su inscripción continuará automáticamente.

UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP) ofrecido por UnitedHealthcare

Aviso Anual de Cambios para el año 2027

Está inscrito como un miembro de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3 (HMO-POS D-SNP).
Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos del 15 de octubre al 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2026, usted seguirá en UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP).
- Para cambiar a **otro plan**, visite es.Medicare.gov o revise la lista que aparece al final de su manual Medicare y Usted 2027.
- Usted no necesita tomar ninguna medida para seguir inscrito en este plan el próximo año - su inscripción continuará automáticamente.
- Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios. La Evidencia de Cobertura contiene más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en myPreferredCare.com o llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

Más Recursos

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, materiales en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Llámenos al número gratuito que se encuentra en su UCard® de UnitedHealthcare o en la portada de la guía de su plan.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as materials in other languages, braille, large print, audio, o you can ask for an interpreter. Call us toll-free at the number on your UnitedHealthcare UCard® o the front of your plan booklet.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

Acerca de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP)

- Preferred Care Partners está asegurado a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Florida Medicaid para coordinar los beneficios que usted recibe de Medicaid.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en este material, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP).
- El día 1 de enero de 2027, el nombre de nuestro plan cambiará de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3 (HMO-POS D-SNP) a UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP). Le enviaremos una nueva UCard® de UnitedHealthcare con nuestro nuevo nombre. A partir de ahora, nuestro nuevo nombre, UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP), aparecerá en todos los materiales.
- El día 1 de enero de 2027, UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas combinará UHC Preferred Dual Complete FL-Y3 (HMO-POS D-SNP) con uno de nuestros planes, UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP). Este material explica las diferencias entre los beneficios que recibe actualmente de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3 (HMO-POS D-SNP) y los beneficios que recibirá a partir del 1 de enero de 2027 como miembro de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP).
- **Si usted no ha hecho nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, usted recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

Aviso Anual de Cambios para el año 2027
Índice

Resumen de costos importantes para el año 2027 9

Sección 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año 11

Sección 1.1— Cambios en la Prima Mensual del Plan 11

Sección 1.2— Cambios en Los Máximos de Gastos de su Bolsillo 11

Sección 1.3— Cambios en la Red de Proveedores 12

Sección 1.4— Cambios en la Red de Farmacias 12

Sección 1.5— Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos 13

Sección 1.6— Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D 20

Sección 1.7— Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos con Receta 21

Sección 2 Cambios Administrativos 22

Sección 3 Cómo Cambiar de Plan 23

Sección 3.1— Plazos para Cambiar de Plan 24

Sección 3.2— ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año? 24

Sección 4 Reciba Ayuda para Pagar sus Medicamentos con Receta 25

Sección 5 ¿Tiene preguntas? 26

Reciba Ayuda de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP) 26

Reciba Asesoramiento Gratuito sobre Medicare 26

Reciba Ayuda de Medicare 26

Reciba Ayuda de Medicaid 27

Resumen de costos importantes para el año 2027

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan* *La prima puede ser mayor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.)	$0	$0
Máximos de gastos de su bolsillo Esto es lo **máximo** que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener información detallada.)	De proveedores de la red: $0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	De proveedores de la red: $0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.
Visitas al consultorio de un proveedor de cuidado primario	Usted paga $0 de copago por cada visita.	Usted paga $0 de copago por cada visita.
Visitas al consultorio de un especialista	Usted paga $0 de copago por cada visita.	Usted paga $0 de copago por cada visita.
Estadías en el hospital como paciente hospitalizado Incluye varias estadías en el hospital como paciente hospitalizado, por ejemplo, cuidado de casos agudos, rehabilitación y cuidado a largo plazo. Una estadía en el hospital como paciente hospitalizado comienza el día	Usted paga $0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días.	Usted paga $0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
en que se le admite formalmente en el hospital con una indicación del médico y termina el día anterior al día en que se le da de alta.		
Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada.)	$0	$0
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada, incluso la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.)	Por todos los medicamentos cubiertos: • $0 de copago[1]	Por todos los medicamentos cubiertos: • $0 de copago[1]

[1] En el año 2026 y en el año 2027, no paga más de $0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

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

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Prima mensual del plan (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid.)	**$0**	**$0**
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. Si su prima de la Parte B es menor que la cantidad reducida, usted no recibirá la diferencia como un pago en efectivo. La reducción se aplica solamente a lo que usted deba de la Parte B, a menos que la pague Medicaid.	**Hasta $0.30** Usted no verá la reducción, si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted.	**$0**

Sección 1.2 Cambios en Los Máximos de Gastos de su Bolsillo

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Máximo de gastos de su bolsillo Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) que haya recibido de proveedores de la red **se toman en cuenta** para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Los costos de sus medicamentos con receta **no se toman en cuenta** para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.	$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de Proveedores 2027 (myPreferredCare.com) para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red. Cómo obtener un Directorio de Proveedores actualizado:

- Visite nuestro sitio web en myPreferredCare.com.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener la información de proveedores actualizada o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores.

Podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestros proveedores le afecta a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda. Es posible que usted disponga de un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura.

Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta puede depender de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de

los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de Farmacias 2027 (myPreferredCare.com) para saber qué farmacias son parte de nuestra red. Cómo obtener un Directorio de Farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web en myPreferredCare.com.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener la información de farmacias actualizada o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestras farmacias le afecta a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda.

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

El Aviso Anual de Cambios le indica los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare depende de su categoría de participación en Medicaid:

- Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, usted paga $0 de copago por su costo compartido de Medicare.
- Si usted no es un Beneficiario Calificado de Medicare o no recibe beneficios completos de Medicaid, debe pagar el costo compartido de Medicare.

El costo compartido de Medicare incluye copagos, coseguros y deducibles. Para obtener más información detallada, comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) al 1-888-419-3456.
El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cuidado de emergencia – mundial	Con cobertura	El cuidado de emergencia, incluso los servicios de ambulancia en situaciones de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tiene cobertura de Medicare Original ni del Plan. Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Programa de acondicionamiento físico	Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente para ayudarle a mantenerse activo, enfocado y conectado ya sea en un gimnasio o desde su hogar. Usted paga $0 de copago. No hay ningún cargo si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de la red.	Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para ayudarle a mantenerse activo en el gimnasio. Usted paga $0 de copago. No hay ningún cargo si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de la red. Las ofertas digitales de acondicionamiento físico, actividades para ejercitar la memoria o los paquetes de pedidos por correo ya no tienen cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Servicios para la audición Aparatos auditivos	Usted recibe una asignación de $3,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta o de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cada 2 años. Usted paga $0 de copago. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.	Usted recibe una asignación de $3,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta cada 2 años. Usted paga $0 de copago. Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio. Los aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y los aparatos auditivos de entrega a domicilio ya no tienen cobertura.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para los cuidadores y control de peso **Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas**	$354 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico,	$405 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico,

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Usted paga $0 de copago. Los créditos vencen al final de cada mes.	problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Le enviaremos una carta con información sobre su derecho de participación en los beneficios del SSBCI. Usted paga $0 de copago. Los créditos vencen al final de cada mes. Puede usar su UCard vigente hasta el 31 de diciembre de 2026. Le enviaremos por correo una nueva UCard antes de que comience el nuevo año del plan. Visite miembro.uhc.com/uhc/benefits/ssbci o consulte su Evidencia de Cobertura después del 1 de octubre de 2026 para obtener más información.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Referencia	Algunos de los servicios de la red—como las visitas a especialistas, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional—requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que tengan cobertura. El proveedor de cuidado primario que elija influirá en los especialistas y los hospitales que usted podrá consultar. Revise su Evidencia de Cobertura para obtener más información detallada.	Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional ya no requieren referencias. Solamente las visitas a especialistas requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que tengan cobertura. El proveedor de cuidado primario que elija puede influir en los especialistas y los hospitales que usted podrá consultar. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura.
Servicios requeridos de urgencia – mundiales	Con cobertura	Los Servicios Requeridos de Urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tienen cobertura de Medicare Original ni del Plan. Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado.

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cuidado de la vista Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina	Reciba un crédito total de $450 para la compra de marcos/lentes o lentes de contacto cada año. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red.	Reciba un crédito total de $300 para la compra de 1 par de marcos/lentes o lentes de contacto cada año. Usted paga $0 de copago. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red.

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

Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. **Para obtener la Lista de Medicamentos completa,** llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web (**myPreferredCare.com**). Este material estará disponible en Internet después del **15 de octubre de 2026**.

En nuestra Lista de Medicamentos realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, o cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet, por lo

menos mensualmente, para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que le afectará el acceso a un medicamento que usted esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con el profesional que receta para conocer sus opciones, entre ellas, cómo solicitar un suministro temporal, cómo solicitar una excepción o cómo encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

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

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

Si usted recibe el programa Ayuda Adicional que ayuda a pagar sus medicamentos, **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D podría no aplicarse en su caso.**

Etapas de Pago de Medicamentos
Hay 3 etapas de pago de medicamentos: la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

- **Etapa 1: Deducible Anual**

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

- **Etapa 2: Cobertura Inicial**

  En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo del año hasta la fecha alcancen $2,400.

- **Etapa 3: Cobertura de Gastos Médicos Mayores**

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

Costos de Medicamentos en Etapa 1: Deducible Anual
La tabla muestra su costo por cada medicamento con receta durante esta etapa.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Deducible Anual	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.

Costos de Medicamentos en Etapa 2: Cobertura Inicial
La tabla muestra el costo por cada medicamento con receta de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.

Una vez que usted haya pagado $2,400 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores).

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Por todos los medicamentos cubiertos	$0 de copago[1]	$0 de copago[1]

[1] En el año 2026 y en el año 2027, no paga más de $0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

Sección 2 Cambios Administrativos

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
Preautorización- Servicios Dentales Integrales	Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización.	Su proveedor ya no necesita solicitar una preautorización.
Preautorización - Beneficio de comidas después de una estadía cubierta en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF	Se requiere una preautorización, además de la verificación de una estadía aprobada.	Ya no se requiere una preautorización. El plan seguirá confirmando las estadías aprobadas antes de que enviemos su pedido.
UCard de UnitedHealthcare y tarjeta de ID de miembro	La UCard sirve como su tarjeta de ID de miembro y más – úsela para gastar sus créditos para productos de venta sin receta en artículos aprobados.	Recibirá 2 tarjetas en correspondencias apartes - una tarjeta de ID de miembro y una UCard. Use su nueva tarjeta de ID de miembro cuando visite a un proveedor o surta una receta.

	2026 (este año)	**2027 (próximo año)**
		Use su UCard como forma de pago en la tienda o en Internet para gastar sus créditos para productos de venta sin receta en artículos aprobados. Las UCard vencen después de 3 años, lo que significa que no recibirá una nueva UCard cada año. Puede destruir su tarjeta actual el 1 de enero de 2027. Para consultar su saldo, buscar tiendas participantes y artículos aprobados, visite el UCard Hub en la aplicación UnitedHealthcare o en su sitio web para miembros.

Sección 3 Cómo Cambiar de Plan

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. A menos que se inscriba en otro tipo de plan de salud de Medicare o se cambie a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro plan UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP).

Si decide cambiar de plan para el año 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que, en el caso de muchos planes, no es posible inscribirse en un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura aparte de medicamentos de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la parte D y su inscripción en UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su

inscripción en Internet (myPreferredCare.com). Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.

- **Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare,** visite es.medicare.gov, consulte el **manual Medicare y Usted 2027,** llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE. Le recordamos que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare O planes de medicamentos de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales del plan y los costos compartidos de esos otros planes.

Sección 3.1 Plazos para Cambiar de Plan

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

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2027, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura aparte de medicamentos de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2027.

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

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

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

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

- Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare,
- Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare (Si elije esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.), o
- Si cumple los requisitos, un Plan Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble que le ofrezca Medicare y la mayoría o todos los servicios y beneficios de Medicaid en un plan.

Si recientemente se mudó a una institución o vive actualmente en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura aparte de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si

recientemente se mudó fuera de una institución, usted tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

Sección 4 Reciba Ayuda para Pagar sus Medicamentos con Receta

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

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa Ayuda Adicional que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de su plan de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califican no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:

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

— Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. El sistema de mensajes automatizados está disponible las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

— A su Oficina Estatal de Medicaid.

- **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida y que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, usted debe cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito actualmente, cómo puede seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura.** Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de su póliza.

Sección 5 ¿Tiene preguntas?

Reciba Ayuda de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP)

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su Evidencia de Cobertura 2027**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2027. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura** 2027de UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Obtenga la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en myPreferredCare.com o llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir que se le envíe una copia por correo postal.

- **Visite myPreferredCare.com**

Nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos). El Directorio de Proveedores y el Formulario estarán disponibles después del **15 de octubre de 2026**.

Reciba Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

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

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

Reciba Ayuda de Medicare

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

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

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

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

- **Escriba a Medicare**

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

- **Visite es.medicare.gov**

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

- **Lea Medicare y Usted 2027**

El manual Medicare y Usted 2027 se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en es.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

Reciba Ayuda de Medicaid

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

Notice of availability
of language assistance services and alternate formats

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UHEX26HM0279501_001

Notificación de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (conforme a 45 CFR § 92.101(a)(2)). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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

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

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo en función de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

UHC_Civil_Rights@uhc.com

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344

Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

En línea:	**https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**
Teléfono:	**1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
Por correo postal:	U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en:
http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

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

UHEX27MP0398064_001

UHC Preferred Dual Complete FL-Y3P (HMO-POS D-SNP)

Servicio al Cliente:

Descargue la aplicación UnitedHealthcare

Visite **myPreferredCare.com**

Llame al **1-855-245-5196**
Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**
Las llamadas a este número son gratuitas.
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

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

¿Tenemos su dirección correcta?
Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.

PCFL27HP0411496_000