

# Aviso Anual de Cambios 2025

UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO)

 [myPreferredCare.com](https://myPreferredCare.com)



Número gratuito **1-866-231-7201**, TTY **711**

8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

**¿Tenemos su dirección correcta?**

Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.



**Preferred  
Care Partners**

A UnitedHealthcare Company

# Encuentre las actualizaciones de su plan para el próximo año

Este aviso le proporciona información sobre las actualizaciones de su plan, pero tenga en cuenta que no incluye todos los detalles. En este aviso usted será dirigido a **myPreferredCare.com** para revisar los detalles en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2024**.

## Directorio de Proveedores

Revise el Directorio de Proveedores 2025 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.

## Directorio de Farmacias

Revise el Directorio de Farmacias 2025 en Internet para saber qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

## Lista de Medicamentos (Formulario)

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

## Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2025 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus Derechos y Responsabilidades como miembro.

## ¿Prefiere recibir copias impresas?

Si desea una copia impresa de todo lo indicado anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-866-231-7201 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

---

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

# Aviso Anual de Cambios para 2025



**Actualmente está inscrito como miembro de UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO).**

El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. Consulte la página 7 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluso la Prima. Este documento explica los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la Evidencia de Cobertura, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en **myPreferredCare.com**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

## Qué debe hacer ahora

### 1. Pregúntese: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios en los beneficios y los costos para saber si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos del cuidado médico (médico, hospital).
  - Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluso las restricciones a la cobertura y los costos compartidos.
  - Considere cuánto le costarán las primas, los deducibles y los costos compartidos.
- Revise los cambios en la Lista de Medicamentos 2025 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.
- Compare la información del plan para el año 2024 y el año 2025 para saber si alguno de esos medicamentos estará pasando a un nivel de costo compartido diferente o si estará sujeto a

restricciones diferentes, tales como preautorización, terapia escalonada o un límite de cantidad, para el año 2025.

- Compruebe que sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluso las farmacias, sean parte de nuestra red el próximo año.
- Verifique si usted califica para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

## 2. **Compare:** Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted vive. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2025. Para recibir apoyo adicional, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para hablar con un asesor capacitado.
- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

## 3. **Elija:** Usted decide si se cambia de plan

- Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2024, usted será inscrito en UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO).
- Si desea cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2025**. Esto terminará su inscripción en UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO).
- 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 de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte de medicamentos con receta 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 dos meses completos después del mes en que se mudó.

## Recursos Adicionales

- 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. Para obtener más información, llámenos al número gratuito al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o en la portada de la guía de su plan.

- 
- 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. For more information, please call us toll-free at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.
  - La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC)**, además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en [www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

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

- 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. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en este documento, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO).

# Aviso Anual de Cambios para el año 2025

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para el año 2025.....</b>		<b>7</b>
<b>Sección 1</b>	<b>Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año.....</b>	<b>11</b>
	Sección 1.1—Cambios en la Prima Mensual.....	11
	Sección 1.2—Cambios en El Máximo de Gastos de su Bolsillo.....	11
	Sección 1.3—Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias.....	12
	Sección 1.4—Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....	12
	Sección 1.5—Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D .....	17
<b>Sección 2</b>	<b>Cambios Administrativos.....</b>	<b>21</b>
<b>Sección 3</b>	<b>Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....</b>	<b>22</b>
	Sección 3.1—Si Desea Seguir en UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO).....	22
	Sección 3.2—Si Decide Cambiar de Plan.....	22
<b>Sección 4</b>	<b>Plazo para Cambiar de Plan.....</b>	<b>23</b>
<b>Sección 5</b>	<b>Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....</b>	<b>24</b>
<b>Sección 6</b>	<b>Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....</b>	<b>24</b>
<b>Sección 7</b>	<b>¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>25</b>
	Sección 7.1—Cómo Obtener Ayuda de UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO).....	25
	Sección 7.2—Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	26

## Resumen de costos importantes para el año 2025

La siguiente tabla compara, en varias áreas importantes, los costos del año 2024 con los costos del año 2025 del plan UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.**

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan *</b></p> <p>*Es posible que la prima sea mayor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.)</p>	\$0	\$0
<p><b>Máximo de gastos de su bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> 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.)</p>	\$3,400	\$3,400
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$10 de copago por cada visita.</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$10 de copago por cada visita.</p>
<p><b>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</b></p>	<p>Usted paga \$150 de copago cada día, por los días 1 a 5.</p> <p>\$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$150 de copago cada día, por los días 1 a 5.</p> <p>\$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare.</p>



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b> (Consulte la Sección 1.5 para obtener información detallada.)</p>	<p>Deducible: Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$15 de copago</li> </ul>	<p>Deducible: \$0 por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2</p> <p>\$175 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, excepto por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos.</p> <p>Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$15 de copago</li> </ul>



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	<p>Usted paga \$15 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$100 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 33% del costo total</li> </ul> <p>Cobertura de Gastos Médicos Mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare.</li> <li><input type="checkbox"/> Es posible que tenga costos compartidos correspondientes a los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>	<p>Usted paga \$15 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel<sup>1</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$100 de copago</li> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 31% del costo total</li> </ul> <p>Cobertura de Gastos Médicos Mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare.</li> <li><input type="checkbox"/> Es posible que tenga costos compartidos correspondientes a los medicamentos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.</li> </ul>



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

---

<b>Costos</b>	<b>2024 (este año)</b>	<b>2025 (próximo año)</b>
<sup>1</sup> Usted pagará un máximo de \$15 en el año 2024 y en el año 2025 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de pago de medicamentos, excepto durante la etapa de pago de medicamentos de Cobertura de Gastos Médicos Mayores del año 2025, en la que usted paga \$0.		

---



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-866-231-7201**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

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

### Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.)	\$0	\$0
<b>Reducción de la prima mensual de la Parte B de Medicare</b> (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.)	\$0	<b>\$21</b> Las reducciones se aplicarán a su cheque del Seguro Social o a su factura de la prima de la Parte B de Medicare.

- La prima mensual del plan será mayor si usted tiene la obligación de pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D. La multa se aplica por estar (por 63 días o más) sin una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama “cobertura acreditable”).
- Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

### Sección 1.2 Cambios en El Máximo de Gastos de su Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. A este límite se le llama máximo de gastos de su bolsillo. Una vez que alcance ese máximo, generalmente usted no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b>  Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) se toman en cuenta para alcanzar el	\$3,400  Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y	\$3,400  Una vez que haya pagado \$3,400 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>máximo de gastos de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.</p>	<p>la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>	<p>la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p>

**Sección 1.3 Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias**

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende 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.

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web en **myPreferredCare.com**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores y las farmacias o para pedir que se le envíe por correo un directorio, el cual le enviaremos en un plazo no mayor de tres días hábiles.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 2025 (myPreferredCare.com) para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2025 (myPreferredCare.com) para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestros proveedores le afecta a usted, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarle.

**Sección 1.4 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe esos cambios.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Servicios de ambulancia</b>	<p>Usted paga \$150 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$150 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$120 de copago por cada viaje terrestre en una sola dirección cubierto por Medicare.</p> <p>Usted paga \$120 de copago por cada viaje aéreo en una sola dirección cubierto por Medicare.</p>
<b>Servicios quiroprácticos</b>	Usted paga \$10 de copago.	Usted paga \$20 de copago.
<b>Capacitación para el automanejo de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le conviene consultar a su</p>	<p>Usted paga \$0 de copago.</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le conviene consultar a su</p>

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
	médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.	marca que sí tenga cobertura.
<b>Cuidado de emergencia</b>	Usted paga \$135 de copago.	Usted paga \$140 de copago.
<b>Servicios para la Audición</b> Aparatos Auditivos	<p>Usted paga \$99 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta y de venta sin receta (over-the-counter, OTC), hasta 2 aparatos auditivos cada año.</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.</p>	<p>Usted paga \$99 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. Usted paga \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año.</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.</p>

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Nurse Hotline</b>	Con cobertura	<p>NurseLine no tiene cobertura.</p> <p>Su plan ofrece cuidado virtual sin costo adicional. Puede hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 por visitas virtuales de cualquier proveedor de la red que ofrezca cuidado virtual</li> <li><input type="checkbox"/> \$0 por visitas virtuales con Amwell, incluso el cuidado de urgencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana</li> </ul> <p>Acceda al cuidado virtual a través de la aplicación UnitedHealthcare o myPreferredCare.com.</p>
<b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - radiografías</b>	Usted paga \$15 de copago.	Usted paga \$5 de copago.
<b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - otras pruebas de diagnóstico - servicios de diagnóstico no radiológicos</b>	Usted paga \$25 de copago.	Usted paga \$15 de copago.

Costos	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - otras pruebas de diagnóstico - servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$55 de copago, de otra manera.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico.</p> <p>Usted paga \$250 de copago, de otra manera.</p>
<p><b>Crédito para productos de venta sin receta (OTC) y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño</b></p>	<p>\$135 de crédito por trimestre cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño selectos. Los créditos vencen al final de cada trimestre.</p>	<p>\$85 de crédito por trimestre cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos y dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño selectos. Los créditos vencen al final de cada trimestre.</p> <p>Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>
<p><b>Servicios requeridos de urgencia</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p>	<p>Usted paga \$20 de copago por cada visita.</p>
<p><b>Cuidado de la vista</b> Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina</p>	<p>Reciba un crédito total de \$300 para la compra de marcos/lentes o lentes de contacto cada año.</p>	<p>Reciba un crédito total de \$100 para la compra de marcos/lentes o lentes de contacto cada año.</p>



---

## Sección 1.5 Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta 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 (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web ([myPreferredCare.com](https://myPreferredCare.com)).

En nuestra Lista de Medicamentos realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción, o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán a usted durante el año del plan. 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 su médico para conocer sus opciones, entre ellas, cómo solicitar un suministro temporal, cómo solicitar una excepción o cómo encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

A partir del año 2025, es posible que quitemos inmediatamente los medicamentos de marca o productos biológicos originales de nuestra Lista de Medicamentos si decidimos reemplazarlos por nuevas versiones genéricas o ciertas versiones biosimilares del medicamento de marca o producto biológico original en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas o menos restricciones. Además, al agregar una nueva versión, quizás decidamos mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones o realizar ambas cosas.

Esto significa, por ejemplo, si usted está tomando un medicamento de marca o un producto biológico que será reemplazado por una versión genérica o biosimilar, es posible que no le avisemos del cambio 30 días antes de que realicemos el cambio o antes de que usted obtenga un suministro de un mes de su medicamento de marca o producto biológico en una farmacia de la red. Si usted está tomando el medicamento de marca o producto biológico en el momento en que realizamos el cambio, usted recibirá la información sobre el cambio específico que realizamos, pero es posible que le llegue después de que realicemos el cambio.

Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se indican en este capítulo, consulte el Capítulo 12 de su

Evidencia de Cobertura. La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) también proporciona información sobre los medicamentos al consumidor. Consulte el sitio web de la FDA:

[fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients](https://www.fda.gov/drugs/biosimilars/multimedia-education-materials-biosimilars#For%20Patients). Usted también puede comunicarse con Servicio al Cliente o preguntar a su proveedor de cuidado de la salud, profesional que receta o farmacéutico para obtener más información.

**Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos con Receta**

**Nota:** Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a pagar sus medicamentos, **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un documento aparte, titulado Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta (también se le llama Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos o Cláusula Adicional LIS), con información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, recibirá la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos. Si no la recibe, llame a Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”.

A partir del año 2025, hay tres **etapas de pago de medicamentos:** la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. La Etapa Sin Cobertura y el Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura ya no estarán disponibles en el beneficio de la Parte D.

El Programa de Descuento para la Etapa Sin Cobertura también será reemplazado por el Programa de Descuento de Fabricantes. Según el Programa de Descuento de Fabricantes, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuento de Fabricantes no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

**Cambios en la Etapa del Deducible**

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D)</b>                      Durante esta etapa, <b>usted paga el costo total</b> de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos,</p>	<p>Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.</p>	<p>El deducible es de \$175.                       Durante esta etapa, usted paga \$0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red). \$0 por los medicamentos del Nivel 2</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
incluso las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para viajeros.		(suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red). Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual.

### Cambios en su Costo Compartido Durante la Etapa de Cobertura Inicial

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b> Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>Los costos indicados en esta tabla corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su <b>Evidencia de Cobertura.</b></p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel,</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 - Genéricos Preferidos:</b> Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 - Genéricos:</b> Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 - De Marca Preferidos:</b> Usted paga \$15 por cada medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$15 por cada suministro de un mes de cada producto de</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Nivel 1 - Genéricos Preferidos:</b> Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 2 - Genéricos:</b> Usted paga \$0 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 3 - De Marca Preferidos:</b> Usted paga \$15 por cada medicamento con receta.</p> <p>Usted paga \$15 por cada suministro de un mes de cada producto de</p>

Etapa	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<p>búsquelos en la Lista de Medicamentos.</p> <p>La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted.</p>	<p>insulina cubierto de este nivel<sup>1</sup>.</p> <p><b>Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos:</b></p> <p>Usted paga \$100 por cada medicamento con receta.</p> <p><b>Nivel 5 - De Especialidad:</b></p> <p>Usted paga 33% del costo total.</p> <p>Su costo por un mes de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo es 33%.</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).</p>	<p>insulina cubierto de este nivel<sup>1</sup>.</p> <p><b>Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos<sup>2</sup>:</b></p> <p>Usted paga \$100 por cada medicamento con receta.</p> <p>Su costo por un mes de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo es \$100.</p> <p><b>Nivel 5 - De Especialidad:</b></p> <p>Usted paga 31% del costo total.</p> <p>Su costo por un mes de una receta surtida en una farmacia de pedidos por correo es 31%.</p> <hr/> <p>Una vez que usted haya pagado \$2,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores).</p>

<sup>1</sup> Usted pagará un máximo de \$15 en el año 2024 y en el año 2025 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D durante todas las etapas de pago de medicamentos, excepto durante la etapa de pago de medicamentos de Cobertura de Gastos Médicos Mayores del año 2025, en la que usted paga \$0.

<sup>2</sup> En el año 2025, los medicamentos con receta del Nivel 4 del Formulario están limitados a un suministro de un mes en las farmacias minoristas y en las farmacias de pedidos por correo.

### **Cambios en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores**

La Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores es la tercera y última etapa. A partir del año 2025, los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos durante la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Los descuentos pagados por los fabricantes según el Programa de Descuento de Fabricantes no se toman en cuenta para alcanzar los gastos de su bolsillo.

Si llega a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, usted no paga nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare. Es posible que tenga costos compartidos correspondientes a los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Para obtener información específica sobre los costos en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, consulte la Sección 6 del Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura**.

## **Sección 2**

## **Cambios Administrativos**

---

Descripción	2024 (este año)	2025 (próximo año)
<b>Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare</b>	No corresponde	<p>El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción nueva de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos <b>en pagos mensuales que varían a lo largo del año (enero a diciembre)</b>.</p> <p>Si desea más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-231-7201 o visite <a href="http://es.medicare.gov">es.medicare.gov</a>.</p>

### Sección 3 **Cómo Decidir Qué Plan Elegir**

#### Sección 3.1 **Si Desea Seguir en UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO)**

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro plan UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO).

#### Sección 3.2 **Si Decide Cambiar de Plan**

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2025, siga estos pasos:

##### **Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas**

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- O –** Usted puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en

un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, use el Buscador de Planes de Medicare ([es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare)), lea el **manual Medicare y Usted 2025**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

Le **recordamos** que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en Internet. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - **o** – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## Sección 4 Plazo para Cambiar de Plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan o a Medicare Original, podrá hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2025.

### ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, las personas que se mudan fuera del área de servicio.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2025, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2025.

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 con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte de medicamentos con receta 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 dos meses completos después del mes en que se mudó.

---

## Sección 5                      Programas que Ofrecen 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).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare. Los asesores de Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337.

---

## Sección 6                      Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta

---

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, se indican 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, los deducibles anuales y los coseguros de su plan de medicamentos con receta. Además, aquellos 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 deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - A la Oficina del 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; o
  - A la 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, las personas deben 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 con receta 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, comuníquese con el 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 sobre el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de su póliza.
- **Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago para ayudarlo a administrar los gastos de su bolsillo para medicamentos, a partir del año 2025. Esta opción nueva de pago funciona con su cobertura de medicamentos actual y puede ayudarlo a administrar los costos de sus medicamentos al distribuirlos **en pagos mensuales que varían a lo largo del año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**

El programa “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda del Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos y del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida, para aquellas personas que califican, tienen muchas más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros cumplen los requisitos para participar en esta opción de pago, independientemente de sus ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Si desea más información sobre esta opción de pago, comuníquese con nosotros al 1-866-231-7201 o visite [es.medicare.gov](http://es.medicare.gov).

## **Sección 7**                    **¿Tiene preguntas?**

---

### **Sección 7.1**                    **Cómo Obtener Ayuda de UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO)**

---

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-231-7201. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

---

## **Lea su Evidencia de Cobertura 2025 (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2025. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2025** de UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO). 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. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en **myPreferredCare.com**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en **myPreferredCare.com**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

---

## **Sección 7.2                      Cómo Obtener Ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente 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 deben llamar al 1-877-486-2048.

### **Visite el Sitio Web de Medicare**

Visite el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov](https://es.medicare.gov)). En este sitio 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. Para ver la información sobre los planes, visite [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare).

### **Lea Medicare y Usted 2025**

Lea el manual **Medicare y Usted 2025**. Es un documento que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este documento, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare ([es.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-S-medicare-and-you.pdf](https://es.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-S-medicare-and-you.pdf)) o llame 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.

## Multi-language Interpreter Services

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡上的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

**French:** Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khỏe hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

**German:** Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

**Korean:** 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

**Russian:** Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

**Portuguese:** Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon kòm manm ou an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej członka planu. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Para obtener más información, llame a servicio al cliente al:

## UHC Preferred Medicare Advantage FL-002P (HMO) Servicio al Cliente:



Llame al **1-866-231-7201**

Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

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



Escriba a: **P.O. Box 30770**  
**Salt Lake City, UT 84130-0770**



**myPreferredCare.com**