


# Resumen de Beneficios 2025

**UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP)**  
H1045-038-000

Consulte esta guía si desea más información sobre el plan y los servicios de salud y medicamentos que cubre.  
Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre el plan.

 **myPreferredCare.com**

 **Número gratuito 1-855-874-6282, TTY 711**  
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



# Resumen de Beneficios

**Del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025**

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

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

### Prima, deducible y límites médicos

**Prima mensual del plan** \$20.30

**Reducción de la Prima de la Parte B** \$1.60  
Usted no verá la reducción, si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted.

**Deducible médico anual** Su deducible médico es de \$257 por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican más adelante en la tabla Deducible del Plan en este documento. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

**Máximo de gastos de su bolsillo** (no incluye medicamentos con receta) \$9,350  
Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de proveedores de la red.  
Si alcanza esta cantidad, usted todavía tendrá que pagar las primas mensuales. Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad.

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

## Beneficios médicos

### Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup>

\$0 de copago por cada estadía, o;  
\$1,970 de copago por cada estadía

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

### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

Centro de cirugía ambulatoria (ASC)<sup>2</sup>

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

Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía<sup>2</sup>

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

Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios<sup>2</sup>

\$0 de copago o 20% de coseguro

### Visitas al médico

Proveedor de cuidado primario

\$0 de copago o 20% de coseguro

Especialistas<sup>2</sup>

\$0 de copago

Visitas virtuales médicas

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

### Servicios preventivos

Examen médico de rutina

\$0 de copago, 1 por año

## Beneficios médicos

Cubiertos por  
Medicare

\$0 de copago

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

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

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

---

## Beneficios médicos

### Cuidado de emergencia

\$0 de copago o \$110 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita. Si es admitido en el hospital en un plazo no mayor de 24 horas, usted paga el copago por cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados en lugar del copago por Cuidado de Emergencia. Consulte la sección “Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados” de esta guía para ver otros costos.

### Servicios requeridos de urgencia

\$0 de copago (mundial) por cada visita

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

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

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

Servicios de laboratorio<sup>2</sup>

\$0 de copago

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

\$0 de copago

Radiología terapéutica<sup>2</sup>

\$0 de copago o 20% de coseguro

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

\$0 de copago o 20% de coseguro

## Beneficios médicos



### Servicios para la audición

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

\$0 de copago

Examen de audición de rutina

\$0 de copago, 1 por año

Aparatos auditivos<sup>2</sup>

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

- Una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)
- Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios
- La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía



### Beneficios dentales de rutina

Preventivos e integrales<sup>2</sup>

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

Los servicios dentales integrales tienen cobertura; para obtener una lista completa de los servicios y copagos, comuníquese con el plan  
\$0 de copago por servicios dentales integrales

## Beneficios médicos



### Servicios para la vista

|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup> | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas                          | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Examen de la vista de rutina                                                         | \$0 de copago, 1 por cada año                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Artículos para la vista de rutina                                                    | <p>\$0 de copago</p> <p>El plan paga hasta \$300 cada año para lentes/marcos y lentes de contacto. El plan cubre lentes de policarbonato, revestimiento contra rayos ultravioleta (UV) y revestimiento antirrayaduras sin costo para miembros.</p> <p>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles a través de proveedores de la red selectos (solamente productos selectos).</p> |

## Beneficios médicos

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Salud mental</b>                                                                                                                        | Visita como paciente hospitalizado <sup>2</sup><br>Nuestro plan cubre 90 días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado | \$0 de copago por cada estadía, o;<br>\$1,970 de copago por cada estadía                                                                                |
|                                                                                                                                            | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                                | \$0 de copago                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                            | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                              | \$0 de copago                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                            | Visitas virtuales de salud mental                                                                                                                  | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)<sup>2</sup></b><br>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un Centro de Enfermería Especializada. |                                                                                                                                                    | \$0 de copago por cada día, días 1 a 100                                                                                                                |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</b>                                                                             | Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje <sup>2</sup>                                                                             | \$0 de copago o 20% de coseguro                                                                                                                         |
|                                                                                                                                            | Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>                                                                                                         | \$0 de copago o 20% de coseguro                                                                                                                         |
|                                                                                                                                            | Visitas virtuales médicas                                                                                                                          | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |
| <b>Ambulancia<sup>2</sup></b><br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.                 |                                                                                                                                                    | \$0 de copago por transporte terrestre<br>\$0 de copago por transporte aéreo                                                                            |



## Beneficios médicos

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

**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare** Medicamentos para quimioterapia<sup>2</sup> \$0 de copago

Insulina cubierta de la Parte B<sup>2</sup> \$0 de copago

Otros medicamentos de la Parte B<sup>2</sup> \$0 de copago

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

## Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo en la Cobertura", y el máximo de gastos de su bolsillo es menor que nunca. Eso significa que usted tendrá más cobertura contra los altos costos de medicamentos en el año 2025.

### Medicamentos con receta

**Deducible** \$0

**Cobertura Inicial** Suministro de 30 días<sup>^</sup> o 100 días en una farmacia minorista o en una farmacia de pedidos por correo de la red

## Medicamentos con receta

|                                               |                                                                                              |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Todos los medicamentos cubiertos <sup>3</sup> | \$0 de copago<br>(Algunos medicamentos cubiertos están limitados a un suministro de 30 días) |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|

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

<sup>3</sup> Usted pagará un máximo de \$0 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D.

## Beneficios adicionales

|                                 |                                                                                                                                      |               |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Servicios quiroprácticos</b> | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup> | \$0 de copago |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|

|                              |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Manejo de la diabetes</b> | Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup> | \$0 de copago<br>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.<br><br>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.<br><br>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.<br><br>Su plan no cubre otras marcas. |
|------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                |               |
|------------------------------------------------|---------------|
| Capacitación para el automanejo de la diabetes | \$0 de copago |
|------------------------------------------------|---------------|

|                                                |               |
|------------------------------------------------|---------------|
| Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup> | \$0 de copago |
|------------------------------------------------|---------------|

## Beneficios adicionales

|                                                                |                                                                              |               |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b> | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup> | \$0 de copago |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------|

---

|  |                                                                                         |               |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
|  | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup> | \$0 de copago |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|



### Programa de acondicionamiento físico

\$0 de copago  
Su programa de acondicionamiento físico le ayuda a mantenerse activo y conectado en el gimnasio, desde su domicilio o en su comunidad. Está disponible para usted sin costo e incluye:

- Membresía gratuita a un gimnasio
- Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios
- Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet
- Actividades para el mantenimiento de la memoria por Internet

---

|                                                        |                                                 |                                 |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>Cuidado de los pies</b><br>(servicios de podiatría) | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup> | \$0 de copago o 20% de coseguro |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|

---

|  |                               |                                  |
|--|-------------------------------|----------------------------------|
|  | Cuidado de rutina de los pies | \$0 de copago, 6 visitas por año |
|--|-------------------------------|----------------------------------|

---

|                                         |                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beneficio de comidas<sup>2</sup></b> | \$0 de copago por 28 comidas entregadas a su domicilio inmediatamente después de una hospitalización o una estadía en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

---

|                                                             |               |
|-------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Cuidado de asistencia médica a domicilio<sup>2</sup></b> | \$0 de copago |
|-------------------------------------------------------------|---------------|

---

## Beneficios adicionales

### Cuidados Paliativos

Usted no paga nada por los cuidados paliativos recibidos de cualquier proveedor de cuidados paliativos certificado por Medicare. Es posible que usted tenga que pagar una parte de los costos de los medicamentos y del relevo del cuidador. Fuera de nuestro plan, los cuidados paliativos son cubiertos por Medicare Original.

---

**Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>2</sup>** \$0 de copago

---

**Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias**

|                                                                     |               |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup> | \$0 de copago |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|

---

|                                                                       |               |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|
| Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup> | \$0 de copago |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------|

---



### **Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos**

\$267 de crédito cada mes para pagar productos de venta sin receta, alimentos saludables y facturas de servicios públicos

- Elija entre miles de productos de venta sin receta, como artículos de primeros auxilios, analgésicos y más
  - Compre alimentos saludables, como frutas y verduras, carne, pescados y mariscos, productos lácteos y agua
  - Pague facturas de servicios públicos, como electricidad, calefacción, agua e Internet
  - Compre en miles de tiendas participantes, incluso Walmart, Walgreens, Dollar General y Kroger, o en las tiendas de su comunidad que le queden cerca
- 

**Diálisis renal<sup>2</sup>**

\$0 de copago

---

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

## Descuentos para miembros



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

## Deducible del Plan

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

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

## Deducible médico anual

Su deducible es de \$257 por cada año por los servicios médicos cubiertos que usted recibe de proveedores, según se indican a continuación. Hasta que haya alcanzado el deducible, usted debe pagar el costo total de sus servicios médicos cubiertos.

### Funciona de la siguiente manera:

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

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

## Dentro de la red

Lista de servicios que corresponden

### Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios

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

### Visitas al médico

- Médico Primario
- Especialistas

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

- Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, MRI), excluye mamografía de diagnóstico
- Servicios de laboratorio
- Pruebas y procedimientos de diagnóstico
- Radiología terapéutica
- Radiografías para pacientes ambulatorios

### Servicios para la audición

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

### Servicios para la vista

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

### **Servicios para la vista**

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

### **Salud mental**

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

### **Visita de fisioterapia y terapia del habla y del lenguaje**

---

### **Ambulancia**

---

### **Medicamentos de la Parte B de Medicare**

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

### **Servicios quiroprácticos**

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

### **Manejo de la diabetes**

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

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

- Equipo médico duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno)
  - Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales)
- 

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

- Exámenes y tratamiento de los pies
- 

### **Visita de terapia ocupacional**

---

### **Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos**

---

### **Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias**

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

### **Diálisis renal**

---

## Beneficios de Medicaid

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

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

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

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



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

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

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

| Beneficios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | \$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                 |
| <p><b>Cuidado de la salud mental</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Administración de casos de salud del comportamiento dirigida a grupos específicos</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios de salud mental comunitarios</li> <li><input type="checkbox"/> Administración de casos de salud mental</li> </ul> | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p>                                                                                                                                                         | <p>Con cobertura</p>                            |
| <p><b>Rehabilitación para pacientes ambulatorios</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>Según sea la categoría por la que cumple los requisitos para Medicaid, es posible que Medicaid pague el costo compartido de Medicare que le corresponde a usted.</p> <p>Si se trata de servicios que no tienen cobertura de Medicare, o si se ha agotado todo el beneficio, es posible que Medicaid ofrezca cobertura adicional con los siguientes costos compartidos:</p> <p>\$0 de copago por los servicios cubiertos por Medicaid</p> <p>Incluye los servicios de un fisioterapeuta registrado, servicios de fisioterapia, terapia del habla, terapia ocupacional y terapia respiratoria.</p> | <p>Con cobertura</p>                            |

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

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

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

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



## Acerca de este plan

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

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

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

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

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

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

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

Nuestra área de servicio incluye el siguiente condado de:

**Florida:** Palm Beach.

## **Use proveedores y farmacias de la red**

UHC Preferred Dual Complete FL-D01P (HMO D-SNP) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Si utiliza proveedores o farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague esos servicios o medicamentos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

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

## Información necesaria

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

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

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

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

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-480-1086 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m.: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.

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

### Aparatos auditivos

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

### Programa de acondicionamiento físico

La participación en el programa de acondicionamiento físico es voluntaria. Consulte a su médico antes de empezar un programa de ejercicios o de hacer cambios en su estilo de vida o en su rutina de cuidado de la salud. El programa de acondicionamiento físico incluye una membresía estándar en un programa de acondicionamiento físico y otras ofertas. El equipo, las clases y las actividades de la membresía en el programa de acondicionamiento físico pueden variar según el sitio. Ciertos servicios, descuentos, clases, actividades, eventos y ofertas de acondicionamiento físico por Internet son proporcionados por compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company o por terceros que no están afiliados a UnitedHealthcare. La participación en estos servicios de terceros está sujeta a la aceptación de sus términos y normas correspondientes. UnitedHealthcare no es responsable de los servicios prestados ni de la información proporcionada por terceros. La información proporcionada a través de estos servicios es para su conocimiento solamente y no sustituye el consejo de un médico.

La red de gimnasios puede variar en el mercado local y el plan.

AARP® Staying Sharp® es la marca registrada de AARP. Staying Sharp, incluso todo el contenido y las características, se ofrece para su conocimiento y para educar a los usuarios sobre el cuidado de la agudeza mental y los problemas médicos que pueden afectar a su vida diaria. Staying Sharp se basa en un enfoque holístico de estilo de vida para la agudeza mental que anima a los usuarios a incorporar en su vida diaria

actividades asociadas con el bienestar general. Nada del servicio se debe considerar ni usar como sustituto del consejo, diagnóstico o tratamiento médico. Las características, que incluyen Cognitive Assessment and Lifestyle Check-Ins (Evaluación Cognitiva y Consultas de Estilo de Vida), Additional Tests (Pruebas Adicionales), los ejercicios y los desafíos, evalúan el desempeño en un momento particular en ciertas tareas cognitivas específicas. Los juegos de Staying Sharp están diseñados con el propósito de divertir y entretener solamente. Varios factores pueden afectar el desempeño, incluso el sueño, el cansancio, la concentración y otros factores sociales, ambientales o emocionales. El desempeño no es un indicador de la salud cognitiva ni predice el futuro desempeño ni las enfermedades.

### **Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos**

Los beneficios de alimentos, productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y servicios públicos tienen plazos de vencimiento. Para obtener más información, llame a su plan o consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC).

El derecho de participación en los beneficios de alimentos saludables, servicios públicos y \$0 de copago por medicamentos con receta según el modelo de Diseño de Seguros Basados en Valores se limita a los miembros con el programa Ayuda Adicional de Medicare, y se verificará después de la inscripción.

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

Optum® Home Delivery Pharmacy y Optum Rx son compañías afiliadas de UnitedHealthcare Insurance Company. Usted no está obligado a usar Optum Home Delivery Pharmacy para surtir los medicamentos que toma con regularidad. Si no ha usado Optum Home Delivery Pharmacy, usted debe aprobar la primera receta que su médico envíe directamente a la farmacia antes de que se pueda surtir. Los medicamentos con receta de la farmacia deberían llegarle en un plazo no mayor de 5 días hábiles después de que recibamos el pedido completo. Es posible que haya otras farmacias en nuestra red.

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