



# Guía de Inscripción 2025

AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO)

H1278-021-000

**Área de servicio:** Texas - Condados de Austin, Brazoria, Brazos, Fort Bend, Galveston, Grimes, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Orange, Wharton

**AARP®** | Medicare Advantage  
from  UnitedHealthcare®

# Los planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare están aquí para lo que a usted le importa, hoy y mañana



## Simplifique su día con beneficios pensados para usarse

Su UCard® todo en uno, exclusiva de UnitedHealthcare, es mucho más que solo su tarjeta de ID de miembro. Úsela para comprar productos aprobados de marcas reconocidas como Walmart, Walgreens y muchas más con sus recompensas ganadas y descuentos. Acceda a su UCard e información de salud con la aplicación UnitedHealthcare que es fácil de usar y está calificada como la número 1 en seguros de salud. Desde elegir su plan y usar su plan, hasta disfrutar de toda su vida por delante, UnitedHealthcare lo hace más fácil que nunca.



## Reciba más por su dinero de Medicare

Reciba cuidado confiable con gastos de su bolsillo bajos. Usted tiene grandes y pequeños planes por delante, así que siéntase seguro al manejar toda su salud con una cobertura de medicamentos con receta predecible, apoyo para la salud mental, programas de administración del cuidado de la salud, servicios dentales, para la vista y la audición. Todo sin sacrificar los beneficios adicionales que desea, como recompensas, descuentos y mucho más.



## Orientación de expertos para hoy y a medida que sus necesidades cambien

Cuente con UnitedHealthcare en todo momento con recursos de Medicare fáciles de entender, útiles herramientas en Internet y Especialistas en Planes de Medicare<sup>1</sup> para que le orienten. Y con nuestro compromiso Right Plan Promise®<sup>2</sup>, exclusivo de UnitedHealthcare, usted puede confiar en nuestros 45 años de experiencia en Medicare para ayudarle a encontrar el plan de UnitedHealthcare adecuado para sus necesidades y presupuesto.

<sup>1</sup>Un Especialista en Planes de Medicare es un agente o productor de ventas de seguros con licencia.

<sup>2</sup>Right Plan Promise es nuestro compromiso de proporcionarle herramientas y apoyo de un agente o productor para ayudarle a encontrar un plan de la cartera de planes de Medicare de UnitedHealthcare que satisfaga sus necesidades. No es una garantía de que UnitedHealthcare ofrezca un plan que satisfaga las necesidades de cada consumidor. Las recomendaciones de planes se basan en la información que usted proporciona con respecto a sus necesidades de cobertura de salud. Las solicitudes para cancelar la inscripción o cambiar de plan quedan sujetas a las normas vigentes de Medicare y a las normas o leyes federales y estatales.

# UCard le abre las puertas donde importa

Una vez que sea miembro, recibirá su nueva UCard de UnitedHealthcare por correo.  
Use su UCard cuando:



## Visite a un proveedor o surta una receta

Su UCard tiene la información del plan que usted y sus proveedores necesitan.



## Gaste las recompensas ganadas

Compre artículos aprobados en miles de tiendas minoristas de todo el país.



## Se registre en el gimnasio

Muestre su UCard para acceder a su membresía gratuita la primera vez que visite un centro de acondicionamiento físico o un gimnasio de la red.



# Acceda a más de un millón de proveedores de la red<sup>1</sup>



Este plan incluye una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores de cuidado de calidad. Usted tiene la libertad de disfrutar de acceso al cuidado a los costos de la red cuando visita a cualquier proveedor que participe en la Red Nacional de Medicare de UnitedHealthcare®. También puede consultar a proveedores fuera de la red si aceptan Medicare y el plan, pero tenga en cuenta que sus costos pueden ser más altos.

## Así es como funciona este plan PPO



**Elija un proveedor de cuidado primario en el área de servicio de su plan para que supervise y ayude a administrar su cuidado.** Usted no está limitado a este proveedor de cuidado primario, pero es beneficioso para su salud y bienestar a largo plazo.



**\$0 de copago por servicios preventivos cuando se reciben dentro de la red.** Consulte el Resumen de Beneficios en esta guía para saber qué está cubierto y cuánto pagará por los servicios cubiertos.



**No se necesita una referencia para consultar a un especialista u otro proveedor.**



**Este plan tiene un máximo anual de gastos de su bolsillo.** Si usted alcanza el límite, el plan pagará el 100% de los servicios cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.



**Los servicios para emergencias y los servicios requeridos de urgencia están cubiertos en cualquier parte del mundo.**



**Este plan incluye cobertura de medicamentos con receta.** Use siempre farmacias de la red. Es posible que pague más o que pague el costo total de los medicamentos que reciba de farmacias que no están dentro de la red.

Visite **AARPMedicarePlans.com** para buscar un proveedor o una farmacia de la red en 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. Consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista de todos los servicios cubiertos.

Escanee este código para consultar la Lista de Medicamentos



<sup>1</sup> El tamaño de la red varía según el sitio y se pueden aplicar exclusiones.  
Y0066\_PlanWorks\_2025\_M SP H1278021000

# Beneficios Importantes

## AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO)

Esta es una breve descripción de los beneficios de su plan para el año 2025. Para obtener información completa, consulte su Resumen de Beneficios o su Evidencia de Cobertura. Se pueden aplicar limitaciones, exclusiones y restricciones.

| Costos del plan                                                                                                              |                                                                                                                                                         |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Prima mensual del plan                                                                                                       | \$0                                                                                                                                                     |                                                                  |
| Reducción de la prima de la Parte B                                                                                          | \$57<br>Las reducciones se aplicarán a su cheque del Seguro Social o a su factura de la prima de la Parte B de Medicare.                                |                                                                  |
|                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |                                                                  |
| Beneficios médicos                                                                                                           |                                                                                                                                                         |                                                                  |
|                                                                                                                              | Dentro de la red                                                                                                                                        | Fuera de la red                                                  |
| Deducible Médico Anual                                                                                                       | Sin deducible dentro y fuera de la red                                                                                                                  |                                                                  |
| Máximo anual de gastos de su bolsillo (Lo máximo que usted podría pagar en un año por el cuidado médico que tiene cobertura) | \$8,200 Dentro de la red                                                                                                                                | \$14,000 de manera combinada, dentro y fuera de la red           |
| Visita al consultorio médico                                                                                                 |                                                                                                                                                         |                                                                  |
| Proveedor de cuidado primario (PCP)                                                                                          | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$25 de copago                                                   |
| Especialista                                                                                                                 | \$55 de copago (no se necesita una referencia)                                                                                                          | \$75 de copago (no se necesita una referencia)                   |
| Visitas virtuales                                                                                                            | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |                                                                  |
| Servicios preventivos                                                                                                        | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$0 de copago - 40% de coseguro (dependiendo del servicio)       |
| Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados                                                                           | \$440 de copago por día, días 1 a 5<br>\$0 de copago por día, días 6 y en adelante                                                                      | 40% de coseguro por cada estadía por un número ilimitado de días |

| Beneficios médicos                                                                                                                                   |                                                                                                                                                         |                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                                      | Dentro de la red                                                                                                                                        | Fuera de la red                       |
| <b>Centro de enfermería especializada (SNF)</b>                                                                                                      | \$0 de copago por día, días 1 a 20<br>\$203 de copago por día, días 21 a 100                                                                            | \$225 de copago por día, días 1 a 100 |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía (Se aplicará un costo compartido por los servicios adicionales del plan)</b> | \$440 de copago                                                                                                                                         | 40% de coseguro                       |
| <b>Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios</b>                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                       |
| Terapia de grupo                                                                                                                                     | \$15 de copago                                                                                                                                          | \$30 de copago                        |
| Terapia individual                                                                                                                                   | \$25 de copago                                                                                                                                          | \$40 de copago                        |
| Visitas virtuales                                                                                                                                    | \$0 de copago por una visita para hablar con un proveedor de telesalud que sea parte de la red por Internet a través de transmisión audiovisual en vivo |                                       |
| <b>Suministros para el control de la diabetes</b>                                                                                                    | \$0 de copago para las marcas que tienen cobertura                                                                                                      | 50% de coseguro                       |
| <b>Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT])</b>                         | \$240 de copago                                                                                                                                         | 40% de coseguro                       |
| <b>Pruebas y procedimientos de diagnóstico (no radiológicos)</b>                                                                                     | \$60 de copago                                                                                                                                          | 40% de coseguro                       |
| <b>Servicios de laboratorio</b>                                                                                                                      | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$0 de copago                         |
| <b>Radiografías para pacientes ambulatorios</b>                                                                                                      | \$35 de copago                                                                                                                                          | \$40 de copago                        |

| Beneficios médicos                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                                                | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fuera de la red                                                  |
| Ambulancia                                                     | \$275 de copago por transporte terrestre o aéreo                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$275 de copago por transporte terrestre o aéreo                 |
| Cuidado de emergencia                                          | \$110 de copago (\$0 de copago por cuidado de emergencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  |
| Servicios requeridos de urgencia                               | \$45 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
| Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
|                                                                | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fuera de la red                                                  |
| Examen médico de rutina                                        | \$0 de copago, 1 por año *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40% de coseguro, 1 por año *                                     |
| Exámenes de la vista de rutina                                 | \$0 de copago, 1 por año *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$75 de copago, 1 por año *                                      |
| Servicios Dentales – preventivos                               | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro *                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$0 de copago por exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro * |
| Servicios para la Audición - examen de rutina                  | \$0 de copago, 1 por año *                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$75 de copago, 1 por año *                                      |
| Aparatos auditivos                                             | \$99 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año a través de proveedores de la red.*<br><br>Incluye aparatos auditivos entregados directamente a su domicilio (solamente productos selectos). |                                                                  |
| Programa de acondicionamiento físico                           | \$0 de copago, que incluye una membresía gratuita a un gimnasio, clases de acondicionamiento físico por Internet y actividades para la memoria.                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
| Cuidado de los pies - de rutina                                | \$45 de copago, 6 visitas por cada año *                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$75 de copago, 6 visitas por año *                              |
| Programa Rewards                                               | Gane hasta \$155 en recompensas si usted comienza en enero <sup>Ω</sup><br>\$5 Conozca su UCard 2025, \$15 Examen Médico o Visita de Bienestar Anual, \$10 cada mes Póngase en Movimiento, \$10 Conéctese con otras personas, \$5 Vacuna Antigripal                                                                                        |                                                                  |

| Servicios y beneficios que sobrepasan los de Medicare Original |                                                                                                                                                                                             |                 |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                | Dentro de la red                                                                                                                                                                            | Fuera de la red |
| <b>Beneficio de comidas</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) |                 |

\*Los beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

### Buenas noticias para el año 2025

Se ha eliminado la Etapa Sin Cobertura, o el "Intervalo de 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.

| Etapas de pago de medicamentos con receta                      |                                                                                                                                                                                                               |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deducible</b>                                               | \$0 por los medicamentos con receta del Nivel 1 y 2 de la Parte D<br>\$495 por los medicamentos con receta del Nivel 3, 4, 5                                                                                  |                                                                              |
| <b>Cobertura Inicial</b>                                       | <b>Farmacia Minorista Estándar<br/>(suministro de 30 días)</b>                                                                                                                                                | <b>Farmacia Preferida de Pedidos por Correo<br/>(suministro de 100 días)</b> |
| <b>Nivel 1: Genéricos Preferidos</b>                           | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                 | \$0 de copago                                                                |
| <b>Nivel 2: Genéricos<sup>1</sup></b>                          | \$14 de copago                                                                                                                                                                                                | \$0 de copago                                                                |
| <b>Nivel 3: De Marca Preferidos</b>                            | \$47 de copago                                                                                                                                                                                                | \$131 de copago                                                              |
| <b>Nivel 3: Medicamentos de Insulina Cubiertos<sup>2</sup></b> | \$35 de copago                                                                                                                                                                                                | \$95 de copago                                                               |
| <b>Nivel 4: Medicamentos No Preferidos<sup>3</sup></b>         | \$100 de copago                                                                                                                                                                                               | N/C                                                                          |
| <b>Nivel 5: De Especialidad<sup>3</sup></b>                    | 27% de coseguro                                                                                                                                                                                               | N/C                                                                          |
| <b>Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>                     | Después de que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,000, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan. |                                                                              |

<sup>1</sup> Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos

<sup>2</sup> Usted pagará un máximo de \$35 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, en la que usted paga \$0

<sup>3</sup> Limitado a un suministro de 30 días

Tiene a su disposición cláusulas adicionales opcionales - Para obtener información, consulte el Resumen de Beneficios o la Evidencia de Cobertura



<sup>Q</sup>Las ofertas de recompensas de Medicare Advantage pueden variar según el plan y no están disponibles en todos los planes. Al participar en el programa o acceder a los fondos de recompensa, usted acepta las Condiciones de Servicio del Programa de Recompensas que se encuentran a la derecha de la página en [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards). Los miembros deben participar entre enero y diciembre para ganar todas las recompensas disponibles. Las recompensas deben ganarse e informarse durante los plazos especificados por el plan. Los plazos están disponibles en [myuhcmedicare.com/rewards](https://myuhcmedicare.com/rewards). Las recompensas solo pueden ser usadas por miembros de planes Medicare Advantage de UnitedHealthcare para artículos aprobados en comercios participantes y según las leyes vigentes de Medicare. Los fondos de recompensa no se pueden canjear por efectivo, excepto según lo exigido por la ley. Sin acceso a cajeros automáticos. Las recompensas no se pueden usar para comprar artículos o servicios cubiertos por Medicare, incluidos los gastos de su bolsillo para servicios médicos o medicamentos con receta, ni para comprar alcohol, tabaco o armas de fuego. Las recompensas vencen 1 mes después de que termine su plan Medicare Advantage. Esto no le afecta a usted mientras esté inscrito en su plan actual o si se cambia a otro plan Medicare Advantage de UnitedHealthcare.

La información proporcionada no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan.

Y0066\_MABH\_2025\_SP\_M H1278021000

AATX25LP0239018\_000

# Cláusula Adicional Platinum Dental

## Beneficio Complementario Opcional

Como miembro de UnitedHealthcare, usted tiene la opción de obtener cobertura dental a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental por una tarifa mensual adicional. Esta tarifa es aparte de cualquier prima que pague por su plan Medicare Advantage y por la cobertura de la Parte B de Medicare.

### Por unos \$54 adicionales por mes, usted obtendrá acceso a una cobertura dental que incluye los siguientes beneficios:

- \$1,500 por cada año para servicios dentales cubiertos a través de la Cláusula Adicional Platinum Dental.
- \$0 de copago por servicios preventivos de la red cubiertos, como exámenes bucales, limpiezas de rutina, radiografías y fluoruro.
- 50% de coseguro por puentes y dentaduras postizas, \$0 de copago por todos los demás servicios integrales de la red cubiertos, como empastes dentales, coronas, conductos radiculares y extracciones.
- Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes. Hay disponible cobertura fuera de la red. Si usted elige consultar a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más, incluso por los servicios que se indican con un copago de \$0.

Puede inscribirse en la cláusula adicional dental cuando se inscriba en su plan Medicare Advantage. Si no se inscribe en ese momento, puede llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra en su UCard® de UnitedHealthcare o visitar la sección “Coverage & Benefits” (Cobertura y Beneficios) de su sitio web para miembros a fin de inscribirse en la cláusula adicional dental en un plazo no mayor de 3 meses después de que comience la cobertura de su plan.

Si se inscribe en la cláusula adicional cuando se inscriba en su plan, la cobertura de su cláusula adicional comenzará cuando comience su plan. Si espera para inscribirse en un plazo no mayor de 3 meses después de que comience su plan, la cobertura de su cláusula adicional comenzará el primer día del mes después de comprar la cláusula adicional.

La forma más fácil de encontrar un dentista de la red en su área es escanear el código QR a continuación. O puede visitar **UHC.com/Medicare** y elegir **“Shop Medicare plans” (Comprar planes de Medicare)** en la parte superior de la página. Desde ahí, elija **“Find a dentist” (Buscar un dentista)**.

### Se pueden aplicar exclusiones:

- Servicios prestados por un dentista fuera de la red si su plan no tiene cobertura fuera de la red.
- Servicios dentales que no son necesarios.
- Hospitalización u otros cargos de un centro.
- Todo procedimiento dental que se realice únicamente por razones cosméticas o estéticas.
- Todo procedimiento dental que no esté directamente asociado con una enfermedad dental.
- Todo procedimiento que no se realice dentro de un centro dental.
- Cirugía reconstructiva de cualquier tipo, incluso la cirugía reconstructiva relacionada con una enfermedad o lesión dental, o una anomalía dental congénita.

**Escanee aquí para  
buscar un dentista  
de la red en  
su área**



- Procedimientos que se consideren experimentales, en investigación o no comprobados. Esto incluye regímenes farmacológicos no aceptados por el Consejo sobre Terapéutica Dental de la American Dental Association. El hecho de que un servicio, tratamiento, dispositivo o régimen farmacológico experimental, en investigación o no comprobado sea el único tratamiento disponible para una enfermedad en particular no implica que tendrá cobertura si el procedimiento se considera experimental, en investigación o no comprobado para el tratamiento de esa enfermedad en particular.
- Servicios por lesiones o enfermedades cubiertas por las leyes del Seguro de Accidentes Laborales o de responsabilidad civil del empleador, y servicios que se prestan sin costo a las personas cubiertas de parte de una municipalidad, un condado u otra subdivisión política. Esta exclusión NO se aplica a ningún servicio cubierto por Medicaid o por Medicare.
- Gastos de procedimientos dentales que comenzaron antes de que la persona cubierta cumpliera los requisitos de participación en el plan.
- Servicios dentales prestados (incluso los servicios dentales cubiertos de otra manera) después de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza, incluso los servicios dentales para los problemas dentales que surgieron antes de la fecha en que termina la cobertura individual de la póliza.
- Servicios prestados por un proveedor con la misma residencia legal que la de la persona cubierta o que es familiar de la persona cubierta, como un cónyuge, hermanos, padres o hijos
- Cargos por no asistir a una cita programada sin avisar al consultorio dental con 24 horas de anticipación, por impuesto sobre las ventas o por duplicar o copiar los registros del paciente.
- Implantes y servicios relacionados con implantes.
- Blanqueo dental o microabrasión del esmalte.
- Carillas dentales.
- Ortodoncia.
- Liberación sostenida de un medicamento terapéutico (D9613).
- Servicios relacionados con la COVID-19: pruebas de detección, exámenes y vacunas.
- Cargos relacionados con la administración de casos dentales, la presentación de casos, la consulta con otros profesionales médicos o los servicios de traducción o de lenguaje de señas
- Mantenedores de espacio.
- Cualquier procedimiento no especificado según indique el informe (Códigos dentales: D##99).

El tamaño de la red varía según el mercado local.



# Resumen de Beneficios 2025

**AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO)**  
H1278-021-000

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.



**AARPMedicarePlans.com**



**Número gratuito 1-844-723-6473, TTY 711**  
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

**AARP®** | **Medicare Advantage**  
from  **UnitedHealthcare®**

Y0066\_SB\_H1278\_021\_000\_2025\_SP\_M

# 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 [myAARPMedicare.com](https://myAARPMedicare.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.

## AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO)

| Prima, deducible y límites médicos                                                                                     |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                        | Dentro de la red                                                                                                                                                      | Fuera de la red                                                                                                                                                      |
| Prima mensual del plan                                                                                                 | \$0<br>Usted tiene que seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare                                                                                              |                                                                                                                                                                      |
| Reducción de la Prima de la Parte B                                                                                    | \$57<br>Las reducciones se aplicarán a su cheque del Seguro Social o a su factura de la prima de la Parte B de Medicare.                                              |                                                                                                                                                                      |
| Deducible médico anual                                                                                                 | Este plan no tiene un deducible médico.                                                                                                                               |                                                                                                                                                                      |
| Máximo de gastos de su bolsillo (no incluye medicamentos con receta)                                                   | \$8,200<br><br>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. | \$14,000<br><br>Esto es lo máximo que usted pagará de su bolsillo cada año por los servicios y suministros cubiertos por Medicare que reciba de cualquier proveedor. |
| Los gastos de su bolsillo que pague por sus medicamentos con receta de la Parte D no están incluidos en esta cantidad. |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |

| Beneficios médicos                                                                                                                                 |                                                                                   |                                                                                                                                                         |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                    |                                                                                   | Dentro de la red                                                                                                                                        | Fuera de la red                                     |
| <b>Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados<sup>2</sup></b>                                                                              |                                                                                   | \$440 de copago por día, días 1 a 5                                                                                                                     | 40% de coseguro por cada estadía                    |
| Nuestro plan cubre un número ilimitado de días en el caso de una estadía en el hospital como paciente hospitalizado.                               |                                                                                   | \$0 de copago por día, días 6 y en adelante                                                                                                             |                                                     |
| <b>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</b><br>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<br>\$390 de copago, de otra manera                                                                                   | 40% de coseguro                                     |
|                                                                                                                                                    | Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios, incluso cirugía <sup>2</sup> | \$0 de copago por una colonoscopia<br>\$440 de copago, de otra manera                                                                                   | 40% de coseguro                                     |
|                                                                                                                                                    | Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>   | \$440 de copago                                                                                                                                         | 40% de coseguro                                     |
| <b>Visitas al médico</b>                                                                                                                           | Proveedor de cuidado primario                                                     | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$25 de copago                                      |
|                                                                                                                                                    | Especialistas <sup>2</sup>                                                        | \$55 de copago                                                                                                                                          | \$75 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 |                                                     |
| <b>Servicios preventivos</b>                                                                                                                       | Examen médico de rutina                                                           | \$0 de copago, 1 por año *                                                                                                                              | 40% de coseguro, 1 por año *                        |
|                                                                                                                                                    | Cubiertos por Medicare                                                            | \$0 de copago                                                                                                                                           | \$0 de copago - 40% de coseguro (según el servicio) |
|                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal       | <input type="checkbox"/> Asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol<br><input type="checkbox"/> Visita de bienestar anual                    |                                                     |

| Beneficios médicos                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fuera de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de masa ósea</li> <li>Examen de detección de cáncer de seno (mamografía)</li> <li>Enfermedades cardiovasculares (terapia conductual)</li> <li>Exámenes cardiovasculares</li> <li>Pruebas de detección de cáncer del cuello uterino y de la vagina</li> <li>Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, análisis de sangre oculta en la materia fecal, sigmoidoscopia flexible)</li> <li>Evaluación de depresión</li> <li>Pruebas de detección y control de la diabetes</li> <li>Prueba de detección de hepatitis C</li> <li>Prueba de Detección del VIH</li> <li>Examen de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de terapia de nutrición clínica</li> <li>Programa para la Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</li> <li>Evaluación y asesoramiento sobre obesidad</li> <li>Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA)</li> <li>Pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas</li> <li>Asesoramiento para dejar de usar tabaco (asesoramiento para personas sin señales de enfermedad relacionada con el tabaco)</li> <li>Vacunas, incluso las vacunas antigripales, contra la hepatitis B, contra la pulmonía o la COVID-19</li> <li>Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una vez)</li> </ul> |
| <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato tendrá cobertura.</p> <p>Este plan cubre el 100% de los exámenes de detección preventivo y los exámenes médicos anuales cuando usa proveedores dentro de la red.</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Cuidado de emergencia                                                                                                                                                                                                                                             | <p>\$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.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Beneficios médicos                                                                                                    |                                                                                                                                    |                                                                                                                     |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                       |                                                                                                                                    | Dentro de la red                                                                                                    | Fuera de la red            |
| <b>Servicios requeridos de urgencia</b>                                                                               |                                                                                                                                    | \$45 de copago (\$0 de copago por los servicios requeridos de urgencia fuera de los Estados Unidos) por cada visita |                            |
| <b>Pruebas de diagnóstico, servicios de laboratorio, radiología y radiografías</b>                                    | Servicios de radiodiagnóstico (por ejemplo, imágenes por resonancia magnética [MRI], tomografías computarizadas [CT]) <sup>2</sup> | \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico<br>\$240 de copago, de otra manera                                 | 40% de coseguro            |
|                                                                                                                       | Servicios de laboratorio <sup>2</sup>                                                                                              | \$0 de copago                                                                                                       | \$0 de copago              |
|                                                                                                                       | Pruebas y procedimientos de diagnóstico <sup>2</sup>                                                                               | \$60 de copago                                                                                                      | 40% de coseguro            |
|                                                                                                                       | Radiología terapéutica <sup>2</sup>                                                                                                | 20% de coseguro                                                                                                     | 40% de coseguro            |
|                                                                                                                       | Radiografías para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                              | \$35 de copago                                                                                                      | \$40 de copago             |
|  <b>Servicios para la audición</b> | Examen para diagnosticar y tratar problemas de la audición y del equilibrio <sup>2</sup>                                           | \$0 de copago                                                                                                       | \$75 de copago             |
|                                                                                                                       | Examen de audición de rutina                                                                                                       | \$0 de copago, 1 por año*                                                                                           | \$75 de copago, 1 por año* |

| Beneficios médicos                                                                                                     |                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
|                                                                                                                        |                                                                                      | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fuera de la red                 |
|                                                                                                                        | Aparatos auditivos <sup>2</sup>                                                      | <p>\$99 - \$829 de copago por cada aparato auditivo de venta sin receta. \$199 - \$1,249 de copago por cada aparato auditivo con receta. Usted puede comprar hasta 2 aparatos auditivos cada año.*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Una amplia selección de aparatos auditivos con receta de marca y de venta sin receta (over-the-counter, OTC)</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes nacionales más grandes de profesionales de la audición, con más de 7,000 sitios</li> <li><input type="checkbox"/> La garantía del fabricante de 3 años en todos los aparatos auditivos con receta cubre un período de prueba y daños o reparaciones durante el período de garantía</li> </ul> |                                 |
|  <b>Beneficios dentales de rutina</b> | Cláusula adicional Optional Dental                                                   | Puede obtener beneficios dentales adicionales mediante una prima aparte. Para obtener más información, consulte la sección de beneficios opcionales que se encuentra más adelante.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |
|                                                                                                                        | Preventivos                                                                          | <p>\$0 de copago por servicios dentales preventivos, incluso exámenes bucales, radiografías, limpiezas de rutina y fluoruro*</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sin deducible anual</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una de las redes dentales nacionales más grandes</li> <li><input type="checkbox"/> Posibilidad de consultar a cualquier dentista</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |
|  <b>Servicios para la vista</b>     | Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos <sup>2</sup> | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | \$75 de copago                  |
|                                                                                                                        | Artículos para la vista después de una cirugía de cataratas                          | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 40% de coseguro                 |
|                                                                                                                        | Examen de la vista de rutina                                                         | \$0 de copago, 1 por cada año*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$75 de copago, 1 por cada año* |

| Beneficios médicos                                                                                                                         |                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                    | Dentro de la red                                                                                                                                        | Fuera de la red                       |
| <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 | \$440 de copago por día, días 1 a 4<br>\$0 de copago por día, días 5 a 90                                                                               | 40% de coseguro por cada estadía      |
|                                                                                                                                            | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                                | \$15 de copago                                                                                                                                          | \$30 de copago                        |
|                                                                                                                                            | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>                                                                              | \$25 de copago                                                                                                                                          | \$40 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 20<br>\$203 de copago por cada día, días 21 a 100                                                                  | \$225 de copago por 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>                                                                             | \$50 de copago                                                                                                                                          | \$75 de copago                        |
|                                                                                                                                            | Visita de terapia ocupacional <sup>2</sup>                                                                                                         | \$35 de copago                                                                                                                                          | \$75 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 |                                       |

| Beneficios médicos                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   | Dentro de la red                                                                 | Fuera de la red                                                                  |
| <b>Ambulancia<sup>2</sup></b><br>Su proveedor debe obtener una preautorización para el transporte que no es de emergencia.                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                   | \$275 de copago por transporte terrestre<br>\$275 de copago por transporte aéreo | \$275 de copago por transporte terrestre<br>\$275 de copago por transporte aéreo |
| <b>Transporte de rutina</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                   | Sin cobertura                                                                    | Sin cobertura                                                                    |
| <b>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</b><br>El costo compartido dentro de la red indicado es el máximo que usted pagará por medicamentos con receta de la Parte B. Es posible que pague menos por ciertos medicamentos. | Medicamentos para quimioterapia <sup>2</sup>                                                                                                                                                      | 20% de coseguro                                                                  | 40% de coseguro                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                         | Insulina cubierta de la Parte B <sup>2</sup>                                                                                                                                                      | 20% de coseguro, hasta \$35                                                      | 40% de coseguro                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                         | Otros medicamentos de la Parte B <sup>2</sup><br>Los medicamentos de la Parte B pueden estar sujetos a Terapia Escalonada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información detallada. | \$0 de copago por antígenos para alergias<br>20% de coseguro por todos los demás | \$0 de copago por antígenos para alergias<br>40% de coseguro por todos los demás |

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.

| Etapas de pago de medicamentos con receta                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                                |                        |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Deducible                                                   | No hay un deducible por los medicamentos del Nivel 1 y 2. La cobertura de esos medicamentos comienza en la Etapa de Cobertura Inicial.<br>Hay un deducible de \$495 por los medicamentos del Nivel 3, 4 y 5. Usted paga el costo total de sus medicamentos en esos niveles hasta que alcance el deducible. Luego usted pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. |                        |                                |                        |
| Cobertura Inicial                                           | En esta etapa, usted pagará los copagos o coseguros de su plan. El plan paga el resto. Una vez que usted y otros en nombre de usted hayan pagado un total combinado de \$2,000, lo que incluye la cantidad que pagó para alcanzar su deducible, usted pasa a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.                                                |                        |                                |                        |
| Nivel de cobertura de medicamentos                          | Medicamentos en una farmacia minorista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | Farmacia de pedidos por correo |                        |
|                                                             | Estándar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        | Preferida                      | Estándar               |
|                                                             | Suministro de 30 días^                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Suministro de 100 días | Suministro de 100 días         | Suministro de 100 días |
| Nivel 1:<br>Genéricos<br>Preferidos                         | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | \$0 de copago          | \$0 de copago                  | \$0 de copago          |
| Nivel 2:<br>Genéricos <sup>3</sup>                          | \$14 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$42 de copago         | \$0 de copago                  | \$42 de copago         |
| Nivel 3:<br>De Marca<br>Preferidos                          | \$47 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$141 de copago        | \$131 de copago                | \$141 de copago        |
| Nivel 3:<br>Medicamentos de Insulina Cubiertos <sup>4</sup> | \$35 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$105 de copago        | \$95 de copago                 | \$105 de copago        |
| Nivel 4:<br>Medicamentos No Preferidos <sup>5</sup>         | \$100 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | N/C                    | N/C                            | N/C                    |

| Etapas de pago de medicamentos con receta                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                                |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Nivel de cobertura de medicamentos                                                                                                                   | Medicamentos en una farmacia minorista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        | Farmacia de pedidos por correo |                        |
|                                                                                                                                                      | Estándar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                        | Preferida                      | Estándar               |
|                                                                                                                                                      | Suministro de 30 días <sup>^</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Suministro de 100 días | Suministro de 100 días         | Suministro de 100 días |
| <b>Nivel 5:</b><br>De Especialidad <sup>5</sup>                                                                                                      | 27% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | N/C                    | N/C                            | N/C                    |
| <b>Cobertura de Gastos Médicos Mayores</b>                                                                                                           | Una vez que esté en esta etapa, usted no pagará nada por sus medicamentos de la Parte D cubiertos por Medicare durante el resto del año del plan.                                                                                                                                                                                                                   |                        |                                |                        |
| <b>Medicamentos cubiertos adicionales</b><br>Estos medicamentos no los cubre la Parte D de Medicare y no están en la Lista de Medicamentos del plan. | Este plan cubre estos medicamentos adicionales como medicamentos del Nivel 2. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Vitamina D (50,000)</li> <li><input type="checkbox"/> Sildenafil (Viagra genérico)</li> <li><input type="checkbox"/> Cianocobalamina (Vitamina B-12)</li> <li><input type="checkbox"/> Ácido fólico (1 mg)</li> </ul> |                        |                                |                        |

<sup>^</sup>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> Este nivel incluye cobertura mejorada de medicamentos.

<sup>4</sup> Usted pagará un máximo de \$35 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, en la que usted paga \$0.

<sup>5</sup> Limitado a un suministro de 30-días

| Beneficios adicionales          |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                 |                                                                                                                                      | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fuera de la red |
| <b>Servicios quiroprácticos</b> | Cuidado quiropráctico cubierto por Medicare (manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación) <sup>2</sup> | \$15 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | \$75 de copago  |
| <b>Manejo de la diabetes</b>    | Suministros para el Control de la Diabetes <sup>2</sup>                                                                              | <p>\$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.</p> | 50% de coseguro |
|                                 | Capacitación para el automanejo de la diabetes                                                                                       | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 40% de coseguro |
|                                 | Plantillas o zapatos terapéuticos <sup>2</sup>                                                                                       | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 50% de coseguro |
|                                 |                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |

| Beneficios adicionales                                                                                                        |                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|                                                                                                                               |                                                                                         | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fuera de la red                    |
| <b>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados</b>                                                                | Equipo Médico Duradero (por ejemplo, sillas de ruedas, oxígeno) <sup>2</sup>            | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 50% de coseguro                    |
|                                                                                                                               | Prótesis (por ejemplo, abrazaderas ortopédicas, extremidades artificiales) <sup>2</sup> | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 50% de coseguro                    |
|  <b>Programa de acondicionamiento físico</b> |                                                                                         | \$0 de copago<br>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 adicional e incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Membresía gratuita a un gimnasio</li> <li><input type="checkbox"/> Acceso a una amplia red nacional de centros de acondicionamiento físico y gimnasios</li> <li><input type="checkbox"/> Videos de ejercicios a pedido y clases de acondicionamiento físico en vivo por Internet</li> <li><input type="checkbox"/> Actividades para el mantenimiento de la memoria por Internet</li> </ul> |                                    |
| <b>Cuidado de los pies</b><br>(servicios de podiatría)                                                                        | Exámenes y tratamiento de los pies <sup>2</sup>                                         | \$45 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | \$75 de copago                     |
|                                                                                                                               | Cuidado de rutina de los pies                                                           | \$45 de copago, 6 visitas por año*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$75 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 50% de coseguro                    |

| Beneficios adicionales                                                                |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                                       |                                                                       | Dentro de la red                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Fuera de la red |
| <b>Cuidados Paliativos</b>                                                            |                                                                       | 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. |                 |
| <b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos<sup>2</sup></b>     |                                                                       | \$0 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$0 de copago   |
| <b>Servicios para pacientes ambulatorios por trastornos por consumo de sustancias</b> | Visita de terapia de grupo para pacientes ambulatorios <sup>2</sup>   | \$15 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$30 de copago  |
|                                                                                       | Visita de terapia individual para pacientes ambulatorios <sup>2</sup> | \$25 de copago                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | \$40 de copago  |
| <b>Diálisis renal<sup>2</sup></b>                                                     |                                                                       | 20% de coseguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 20% de coseguro |

<sup>2</sup> Es posible que requieran que su proveedor obtenga una preautorización de parte del plan para los beneficios dentro de la red.

\*Estos beneficios se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red

| Beneficios complementarios opcionales                 |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Prima de la Cláusula Adicional Platinum Dental</b> | <p>\$54 adicionales por mes</p> <p>La Cláusula Adicional Platinum Dental incluye beneficios de servicios dentales preventivos e integrales. Se puede comprar para reemplazar cualquier beneficio dental que posiblemente ya se ofrezca en su Plan Medicare Advantage.</p> |

## 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.

## Acerca de este plan

AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO) es un plan Medicare Advantage PPO 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.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de:

**Texas:** Austin, Brazoria, Brazos, Fort Bend, Galveston, Grimes, Hardin, Harris, Jefferson, Liberty, Matagorda, Montgomery, Orange, Wharton.

## Use proveedores y farmacias de la red

AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO) tiene una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores. Con este plan, usted puede disfrutar de acceso al cuidado, a los mismos costos que dentro de la red, si visita a cualquier proveedor que participe en la Red Nacional de Medicare de UnitedHealthcare® (se pueden aplicar exclusiones). Además, le ofrece la flexibilidad de visitar a cualquier proveedor en todo el país que acepte Medicare. Es posible que tenga que pagar un copago o coseguro más alto cuando consulta a un proveedor fuera de la red. En las tablas anteriores aparecen las diferencias en costo cuando el cuidado y los servicios se reciben dentro de la red y cuando se reciben fuera de la red. Si utiliza farmacias que no están en nuestra red, es posible que el plan no pague los medicamentos recibidos, o que usted deba pagar más de lo que pagaría en una farmacia de la red.

Puede visitar **AARPMedicarePlans.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

AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO) 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. UnitedHealthcare Insurance Company paga regalías a AARP por el uso de su propiedad intelectual. Las regalías se utilizan para propósitos generales de AARP. No es necesario que sea miembro de AARP para inscribirse en un Plan Medicare Advantage o en un Plan de Medicamentos con Receta. AARP y sus compañías afiliadas no son compañías de seguros. AARP no hace recomendaciones de productos específicos en forma individual y le sugiere que evalúe sus necesidades a la hora de elegir productos.

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

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

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

UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-550-4736 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 1-866-550-4736 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.

### Beneficios dentales de rutina

Si su plan ofrece cobertura dental fuera de la red y usted consulta a un dentista fuera de la red, podrían facturarle más. La red de proveedores puede variar en el mercado local. Tamaño de la red de servicios dentales según Zelis Network360, mayo de 2023.

### 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.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros de UnitedHealthcare, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de Servicio al Cliente o consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluso el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

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.

### **Programa de Recompensas**

Las ofertas de recompensas pueden variar según el plan y no están disponibles con todos los planes. Se aplican las condiciones de servicio del programa de recompensas.

# Recursos útiles

## Es posible que califique para el programa Ayuda Adicional de Medicare

El programa Ayuda Adicional es para las personas con ingresos y recursos limitados que necesitan ayuda para pagar las primas, los deducibles y los copagos de la Parte D. Para saber si califica para el programa Ayuda Adicional, llame:

- A la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213**, TTY **1-800-325-0778** o visite [ssa.gov/es](https://ssa.gov/es)
- A la oficina estatal de Medicaid o visite [medicaid.gov](https://medicaid.gov)

## Recursos para Cuidadores

UnitedHealthcare ofrece recursos y apoyo a nuestros miembros y a las personas que cuidan de ellos. Pregunte por nuestros recursos para cuidadores la próxima vez que llame o visite [uhc.com/caregiving](https://uhc.com/caregiving).

## Estamos aquí para ayudarle

Para gozar de buena salud, no solo es importante lo que ocurre en el consultorio médico. Hay otros factores — como el acceso a alimentos, vivienda, transporte y estabilidad financiera — que son igualmente importantes. Podemos ayudar a conectarle con descuentos y servicios que le facilitan la vida — todo sin costo adicional para usted. Estos servicios pueden ayudarle a:



Ahorrar en facturas de servicios públicos, gastos de medicamentos con receta e incluso costos de reparación del hogar



Buscar transporte fácil de usar y a bajo costo



Determinar su categoría de participación en Medicaid, según sus ingresos



Buscar grupos de apoyo locales



Obtener información sobre los Servicios y el Apoyo para Veteranos



Para recibir ayuda, llame al **1-866-427-1873**, TTY **711**, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a sábado, si desea más información sobre los programas y requisitos de participación.

## Medicare Explicado

Medicare Explicado es un programa educativo de UnitedHealthcare diseñado para ayudarle a aprender todo lo que usted necesita saber sobre Medicare, de modo que pueda tomar decisiones informadas sobre su salud y la cobertura de Medicare.



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

# Antes de inscribirse

Asegúrese de que este plan sea el adecuado para usted. Es importante que entienda cómo funciona el plan y qué beneficios están cubiertos antes de inscribirse en este plan. Encontrará los documentos del plan en **AARPMedicarePlans.com**.



## ¿Consultó la Lista de Medicamentos (Formulario) en Internet para confirmar la cobertura de sus medicamentos con receta?

Y en qué nivel se encuentran. Por lo general, cuanto más bajo sea el nivel, menos tendrá que pagar. Los medicamentos que no están cubiertos por el plan podrían reemplazarse por medicamentos alternativos.



**También puede usar nuestra Calculadora de Costos Aproximados de Medicamentos en Internet** para encontrar medicamentos cubiertos, calcular los costos y ver si hay una versión genérica más económica. Visite **estimateDrugCostsAARP.com** o escanee el código a continuación.



## ¿Consultó el Directorio de Proveedores en Internet para confirmar que sus proveedores estén en la red?

Deberá quedarse en la red si desea pagar los costos más bajos de su plan.



## ¿Revisó el Directorio de Farmacias en Internet para confirmar que su farmacia esté en la red?

Si su farmacia no está en la red, tendrá que elegir una nueva farmacia de la red.



## ¿Repasó el Resumen de Beneficios en esta guía para saber cuánto tendrá que pagar por servicios médicos y medicamentos con receta?

Puede encontrar una lista completa de cobertura, costos, beneficios y reglas del plan en la Evidencia de Cobertura en Internet.

## Usted cumple los requisitos para inscribirse en este plan Medicare Advantage si:



Está inscrito en las Partes A y B de Medicare Original



Sigue pagando la prima de la Parte B



Vive en el área de servicio del plan

Escanee este código para acceder a la calculadora de costos aproximados de medicamentos



# Cómo inscribirse

Cuando esté listo para inscribirse, tiene algunas opciones entre las que elegir. Primero, necesitará tener a mano su tarjeta de Medicare, independientemente de la opción que elija.



## En internet

Visite [AARPMedicarePlans.com](https://AARPMedicarePlans.com) o escanee el código a continuación para inscribirse en Internet. Luego siga estos pasos simples:

- 1 Ingrese su código postal
- 2 Navegue hasta la sección Medicare Advantage
- 3 Busque el plan **AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO)** y elija el botón “Enroll” (Inscribirse)
- 4 Llene el formulario y presente su solicitud de inscripción

Si necesita ayuda al inscribirse en Internet, elija el botón **“Chat now” (Chatear ahora)** para comunicarse con uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia.



## Por teléfono

Llame a uno de nuestros Representantes de Ventas con Licencia al número gratuito **1-844-723-6473**, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana para inscribirse por teléfono o programar una cita con un agente en su área.

Si ya tiene un agente, el agente puede revisar este plan con usted para asegurarse de que satisface sus necesidades antes de ayudarlo a inscribirse.



Inscríbase en Internet o por teléfono para que la experiencia le resulte más fácil. O puede llenar la solicitud de inscripción y enviárnosla. Si no hay una solicitud de inscripción en esta guía, llame al número anterior para solicitar una.

Escanee este código  
para inscribirse  
en Internet



# ¿Qué puede esperar después de inscribirse?

Una vez que sea miembro, encontrará apoyo para lo que importa, sea grande o pequeño. Puede administrar y encontrar fácilmente respuestas sobre su plan en la aplicación UnitedHealthcare o su sitio web para miembros. Y nuestra UCard® de UnitedHealthcare todo en uno hace que ahora sea más fácil descubrir más de su plan Medicare Advantage.



**Usted está aquí**  
Inscripción  
enviada



Descargue la  
aplicación o cree su  
cuenta en Internet



Su UCard  
llega por correo –  
recuerde activarla



¡Comienza su  
cobertura! Empiece  
a usar su plan

## Administre su plan en Internet

Si aún no lo ha hecho, use su número de ID de Medicare o ID de miembro y dirección de correo electrónico para crear una cuenta en la aplicación o en **myAARPMedicare.com**. En Internet, usted puede:

- Consultar el estado de su inscripción
- Buscar proveedores y farmacias de la red y ver documentos del plan, como su Lista de Medicamentos (Formulario)
- Responder su evaluación de salud

## Una vez que comience su cobertura

- Programe su examen médico y visita de bienestar anual
- Reciba un suministro de 3 meses de sus medicamentos con receta a través del servicio de farmacia con entrega a domicilio
- Revise los saldos de crédito de la UCard de UnitedHealthcare

## Gracias por elegir a UnitedHealthcare

Si tiene preguntas, llame al número que se encuentra en su UCard de UnitedHealthcare.

Escanee este código para  
descargar la aplicación  
UnitedHealthcare



# Información importante: Calificación 2024 de Medicare con Estrellas



## UnitedHealthcare - H1278

En el año 2024, UnitedHealthcare - H1278 recibió las siguientes Calificaciones con Estrellas de Medicare:

|                                                |         |               |
|------------------------------------------------|---------|---------------|
| Calificación General por Estrellas:            | ★ ★ ★ ☆ | 3.5 estrellas |
| Calificación de los Servicios de Salud:        | ★ ★ ★ ☆ | 3.5 estrellas |
| Calificación de los Servicios de Medicamentos: | ★ ★ ★ ☆ | 3.5 estrellas |

Cada año, Medicare evalúa los planes según un sistema de calificación de 5 estrellas.

### Por qué la Calificación por Estrellas es importante

Medicare califica los planes en base a sus servicios de salud y medicamentos.

Esto le permite a usted comparar fácilmente los planes en base a su calidad y desempeño.

La Calificación por Estrellas se basa en diversos factores que incluyen:

- ☐ Opiniones y comentarios de miembros sobre el cuidado y el servicio que proporciona el plan
- ☐ El número de miembros que cancelaron o continuaron con el plan
- ☐ La cantidad de quejas que recibió Medicare sobre el plan
- ☐ Información proporcionada por médicos y hospitales que trabajan con el plan

Más estrellas significan un mejor plan – por ejemplo, los miembros pueden obtener un mejor cuidado y un mejor y más rápido servicio al cliente.

**El número de estrellas indica qué tan bien funciona el plan.**

★ ★ ★ ★ ★ EXCELENTE

★ ★ ★ ★ SUPERIOR AL PROMEDIO

★ ★ ★ PROMEDIO

★ ★ DEBAJO DEL PROMEDIO

★ DEFICIENTE

### Obtenga más información sobre la Calificación por Estrellas en Internet

Compare la calificación por Estrellas de este y otros planes por Internet en [medicare.gov/plan-compare](https://www.medicare.gov/plan-compare).

### ¿Preguntas sobre este plan?

Comuníquese con UnitedHealthcare los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local al **800-555-5757** (número gratuito) o al **711** (TTY). Los miembros actuales pueden llamar al **866-550-4736** (número gratuito) o al **711** (TTY).

## **Aviso de no discriminación**

**La discriminación es ilegal.** La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye, ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluidas las características sexuales como los rasgos intersexuales, embarazo o condiciones similares, orientación sexual, identidad de género y estereotipos sexuales.

Si cree que le han tratado en forma injusta debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja a nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

- **Correo electrónico:** **UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**
- **Por correo postal:** Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608, Salt Lake City, UT 84130

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

- **En línea:** **<https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>**
- **Teléfono:** Línea gratuita **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD)
- **Correo postal:** U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Ave SW, HHH Building, Room 509F  
Washington, D.C. 20201

Proporcionamos ayuda y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:

- Intérpretes de lenguaje de señas estadounidense calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y demás formatos)

Ofrecemos también servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro o en el frente del folleto (TTY **711**).

Este aviso está disponible en

**<https://www.uhc.com/legal/nondiscrimination-and-language-assistance-notice>.**

## Servicios de interpretación en diferentes idiomas

**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 or listed on the cover of the booklet. 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 o en la portada del folleto. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 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或手冊封面列出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。

**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或手冊封面列出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 na nasa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi o nakalista sa pabalat ng booklet. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyonang 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 ou sur la première de couverture de la brochure. 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 bảo hiểm 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 hội viên của bạn hoặc ghi trên bìa của quyển sách nhỏ. 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 an, die auf Ihrem Mitgliedsausweis oder auf dem Umschlag der Broschüre aufgeführt ist. 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 카드 또는 이 소책자 표지에 나와 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 или спереди на буклете. 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 أو على غلاف الكتيب. 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 या पुस्तिका के अग्रभाग पर सूचीबद्ध 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 o indicato sulla copertina dell'opuscolo. 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 ou indicado na parte da frente do folheto. 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 manm ou an oswa ki endike sou kouvèti ti liv la. 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 Pana/Pani karcie identyfikacyjnej lub na okładce broszury. 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 カードまたは本冊子の表紙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。

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

## Notas y apuntes

# ¿Listo para usar sus beneficios adicionales?

## AARP® Medicare Advantage Giveback from UHC TX-31 (PPO)

Aprovechará los beneficios adicionales de su plan si usa los proveedores indicados a continuación.



Llame al **1-866-550-4736**, 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 o visite **myAARPMedicare.com** para:

- ☐ Servicios para la vista de rutina: UnitedHealthcare Vision®
- ☐ Beneficios dentales de rutina: UnitedHealthcare Dental
- ☐ Programa de acondicionamiento físico: Programa Renew Active®



### Aparatos auditivos

UnitedHealthcare Hearing  
1-855-523-9355  
UHChearing.com/Medicare



### Entrega a domicilio de medicamentos con receta

Optum® Home Delivery Pharmacy  
1-877-889-6358  
myAARPMedicare.com



UnitedHealthcare tiene más de 45 años de experiencia en prestar servicios a miembros como usted. Puede contar con nosotros para que estemos aquí cuando nos necesite. Llámenos cuando necesite apoyo personalizado.

## Con gusto le ayudaremos



Descargue la aplicación UnitedHealthcare



**AARPMedicarePlans.com**



Llame al número gratuito de UnitedHealthcare **1-844-723-6473**, TTY **711** de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

Información importante del plan

Y0066\_EGCov\_2025\_C SP

Escanee este código para descargar la aplicación UnitedHealthcare



AATX25LP0217604\_000