Aviso Anual de Cambios 2027

UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP)

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **myUHC.com/CommunityPlan**

Llame al número gratuito **1-800-832-4643,** TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

United Healthcare® Dual Complete

PathWays FOR AGING DUAL CARE

H2385_004_000_ANOC_2027__SP_M

Tenga confianza y esté preparado para el próximo año

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

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

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

Lo que cambiará en su plan para el año 2027

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

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

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

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

Su plan incluye una asignación de $500 para servicios para la vista. Puede usarla para comprar un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.

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

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

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

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

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

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

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

Cómo prepararse para el próximo año

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

Su inscripción se renovará automáticamente

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

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

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

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

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

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

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

Y0000_0000000000_C P0000000_A

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

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

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

Directorio de Proveedores

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

Directorio de Farmacias

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

Lista de Medicamentos (Formulario)

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

Guía para Miembros

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

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

También puede visitar **myUHC.com/CommunityPlan** para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

Su inscripción continuará automáticamente

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

Y0066_210610_INDOI_C

UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP) ofrecido por UnitedHealthcare

Aviso Anual de Cambios para el Año 2027

Introducción

Actualmente está inscrito como miembro de nuestro plan.

El próximo año, habrá algunos cambios en nuestros beneficios, cobertura, reglas y costos. Este **Aviso Anual de Cambios** le explica los cambios y dónde encontrar más información sobre ellos. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, revise la **Guía para Miembros**, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**.

Llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir una copia por correo. Los términos clave y sus definiciones aparecen en orden alfabético en el último capítulo de su **Guía para Miembros**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español.
- Puede obtener este **Aviso Anual de Cambios** sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o en audio. Llame a Servicio al Cliente al número gratuito **1-800-832-4643**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. La llamada es gratuita.
- Para solicitar documentos en su idioma preferido que no sea inglés o en un formato alternativo, nuestros miembros pueden llamar a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de esta página. La información de los miembros se anotará como una solicitud permanente para futuras correspondencias y comunicaciones, de manera que los miembros no tengan que presentar una solicitud por separado cada vez.
- Para cambiar una solicitud permanente sobre un idioma o formato preferido, comunicarse con Servicio al Cliente para pedir que se actualice su preferencia para futuras comunicaciones.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Índice

A. Exenciones de Responsabilidad 5

B. Revisión de su cobertura de Medicare y de Indiana Pathways for Aging (Medicaid) para el próximo año 5

B1. Información sobre UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP) 5

B2. Cosas importantes que debe hacer 5

C. Cambios en el nombre de nuestro plan 7

D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red 7

E. Cambios en los beneficios para el próximo año 8

E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos 8

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos 14

F. Cambios administrativos 17

G. Cómo elegir un plan 17

G1. Cómo seguir en nuestro plan 17

G2. Cómo cambiar de plan 18

H. Cómo recibir ayuda 24

H1. Nuestro plan 24

H2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de Indiana 24

H3. Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de Indiana 25

H4. Medicare 25

H5. Indiana Pathways for Aging 26

H6. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare 26

A. Exenciones de Responsabilidad

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

B. Revisión de su cobertura de Medicare y de Indiana Pathways for Aging (Medicaid) para el próximo año

Es importante revisar su cobertura ahora mismo para asegurarse de que siga satisfaciendo sus necesidades para el próximo año. Si no satisface sus necesidades, es posible que pueda dejar nuestro plan. Consulte la **Sección E** para obtener más información sobre los cambios en sus beneficios para el próximo año.

Si decide dejar nuestro plan, su membresía terminará el último día del mes en que realizó su solicitud.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección G2.**
- Indiana Pathways for Aging y los servicios en la **Sección G2.**

B1. Información sobre UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP)

- UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP) es un plan de salud que tiene un contrato tanto con Medicare como con Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a sus miembros.
- Siempre que usted encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “nuestro/s” o “nuestra/s” en este **Aviso Anual de Cambios**, hacen referencia a UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP).

B2. Cosas importantes que debe hacer

- **Revise si hay cambios en nuestros beneficios que puedan afectarle.**
  - ¿Los servicios que usted usa se ven afectados por algún cambio?
  - Revise los cambios en los beneficios para asegurarse de que sean adecuados para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E1** para obtener información sobre los cambios en los beneficios de nuestro plan.

- **Revise si hay cambios en nuestra cobertura de medicamentos que puedan afectarle**.
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos? ¿Puede utilizar las mismas farmacias? ¿Habrá otros cambios, tales como preautorización, terapia escalonada o límites de cantidad?
  - Revise los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos sea adecuada para usted el próximo año.
  - Consulte la **Sección E2** para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
- **Compruebe si sus proveedores y farmacias estarán en nuestra red el próximo año.**
  - ¿Están sus médicos, incluso sus especialistas, en nuestra red? ¿Y su farmacia, es parte de nuestra red? ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores que usted usa?
  - Consulte la **Sección D** para obtener información sobre nuestro **Directorio de Proveedores y Farmacias**.
- **Considere los costos generales en el plan.**
  - ¿Cómo se comparan los costos totales con otras opciones de cobertura?
- **Pregúntese si está conforme con nuestro plan.**

Si decide seguir en UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP):	**Si decide cambiar de plan:**
Si desea seguir con nosotros el próximo año, es fácil–no tiene que hacer nada. Si no hace ningún cambio, sigue inscrito automáticamente en UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP).	Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección G2** para obtener más información). Si se inscribe en un nuevo plan, o se cambia a Medicare Original, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

C. Cambios en el nombre de nuestro plan

El 1 de enero de 2027, el nombre de nuestro plan cambia de UHC PathWays Dual Care IN-S3 (PPO D-SNP) a UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva UCard® de UnitedHealthcare. Si tiene alguna pregunta o si su UCard de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente al **1-800-832-4643** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos una nueva tarjeta.

Usted verá el nuevo nombre del plan reflejado en futuras comunicaciones que muestran el nombre del plan.

D. Cambios en los proveedores y las farmacias de nuestra red

Nuestras redes de proveedores y farmacias tienen cambios para el año 2027.

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2027 para saber si sus proveedores (proveedor médico primario, especialistas, hospitales, etc.) o farmacias son parte de nuestra red. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias.**

Tenga en cuenta que también podemos hacer cambios en nuestra red durante el año. Si su proveedor deja nuestro plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones. Para obtener más información, consulte el **Capítulo 3** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir ayuda.

E. Cambios en los beneficios para el próximo año

E1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos y lo que pagará por estos servicios médicos cubiertos se modificará el próximo año. La siguiente tabla describe esos cambios.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Cuidado de emergencia – mundial	Con cobertura	El cuidado de emergencia, incluso los servicios de ambulancia en situaciones de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tiene cobertura de Medicare Original ni del Plan. Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado.
Programa de acondicionamiento físico	Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente para ayudarle a mantenerse activo, enfocado y conectado ya sea en un gimnasio o desde su hogar. Usted paga $0 de copago. No hay ningún cargo si su membresía es estándar y	Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para ayudarle a mantenerse activo en el gimnasio. Dentro de la red Usted paga $0 de copago. No hay ningún cargo si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de la red.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	si usted utiliza proveedores de la red.	Fuera de la red Usted paga 90% del costo total si utiliza un proveedor de acondicionamiento físico fuera de la red. Las ofertas digitales de acondicionamiento físico, actividades para ejercitar la memoria o los paquetes de pedidos por correo ya no tienen cobertura. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.
Servicios para la audición Aparatos auditivos	Usted recibe una asignación de $3,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta o de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cada 2 años. Usted paga $0 de copago. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted debe usar los proveedores de la red	Usted recibe una asignación de $3,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta cada 2 años.. Dentro de la red Usted paga $0 de copago. Fuera de la red Usted es responsable del 90% de la asignación si compra aparatos auditivos de un proveedor fuera de la red. Los aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y los aparatos auditivos de

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	para tener acceso a este beneficio.	entrega a domicilio ya no tienen cobertura. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.
Beneficio de comidas	Con cobertura	Sin cobertura
Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para los cuidadores y control de peso **Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas**	$378 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas	$442 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso. Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos. Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Dentro de la red Usted paga $0 de copago. Fuera de la red Usted paga 75% del costo total si utiliza un proveedor fuera de la red para servicios a domicilio, relevo del cuidador o asesoramiento para el control de peso.	con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Le enviaremos una carta con información sobre su derecho de participación en los beneficios del SSBCI. Dentro de la red Usted paga $0 de copago. Fuera de la red Usted paga 90% del costo total si utiliza un proveedor o tienda fuera de la red.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	El crédito se aplica al saldo restante, hasta el límite mensual. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Los créditos vencen al final de cada mes.	El crédito se aplica al saldo restante, hasta el límite mensual. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Los créditos vencen al final de cada mes. Puede usar su UCard vigente hasta el 31 de diciembre de 2026. Le enviaremos por correo una nueva UCard antes de que comience el nuevo año del plan. Visite member.uhc.com/community/benefits/ssbci o consulte su Evidencia de Cobertura después del 1 de octubre de 2026 para obtener más información.
Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)	Usted paga $0 de copago cada día, por los días 1 a 100, o: Usted paga el costo compartido de Medicare Original por los servicios para pacientes hospitalizados: $0 de copago cada día, por los días 1 a 20 (fuera de la red).	Usted paga $0 de copago cada día, por los días 1 a 100, o: Usted paga el costo compartido de Medicare Original para el año 2027 que será determinado por CMS en el otoño de 2026. Estas cantidades son 2026 los costos compartidos y es posible que cambien para el año 2027. Nuestro plan proporcionará las tarifas

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	$217 de copago cada día, por los días 21 a 100 (fuera de la red).	actualizadas tan pronto como sean publicadas. $0 de copago cada día, por los días 1 a 20 (fuera de la red). $217 de copago cada día, por los días 21 a 100 (fuera de la red).
Servicios requeridos de urgencia – mundiales	Con cobertura	Los Servicios Requeridos de Urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tienen cobertura de Medicare Original ni del Plan. Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado.
Cuidado de la vista Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina	Reciba un crédito total de $300 para la compra de marcos/lentes y lentes de contacto cada año. Se limita a 1 par de marcos/lentes y lentes de contacto cada año. Usted paga $0 de copago. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	Reciba un crédito total de $500 para la compra de marcos/lentes y lentes de contacto cada año. Se limita a 1 par de marcos/lentes y lentes de contacto cada año. Dentro de la red Usted paga $0 de copago. Fuera de la red Usted es responsable del 90% de la asignación si compra marcos/lentes o

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		lentes de contacto de un proveedor fuera de la red. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.

E2. Cambios en la cobertura de medicamentos

Cambios en nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra **Lista de Medicamentos Cubiertos** también se denomina **Formulario** o **Lista de Medicamentos**. Una copia de nuestra **Lista de Medicamentos** está publicada en Internet en **myUHC.com/CommunityPlan**.

Para obtener la **Lista de Medicamentos** completa, llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página o visite nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**.

En nuestra **Lista de Medicamentos** realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar los medicamentos que cubrimos y cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

Revise la **Lista de Medicamentos** para **asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año** y para saber si tendrán alguna restricción.

La mayoría de los cambios en la **Lista de Medicamentos** son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por Medicare o el estado que le afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra **Lista de Medicamentos** en Internet, por lo menos mensualmente, para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que afectará un medicamento que usted esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos, le recomendamos que:

- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento que cubramos.
  - Puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página o comunicarse con su coordinador del cuidado de la salud para pedir una **Lista de Medicamentos Cubiertos** que tratan la misma enfermedad.
  - Esta lista puede ayudar a su proveedor a buscar un medicamento cubierto que podría surtirle efecto.

- Consulte a su médico (u otro profesional que receta) y solicítenos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento.
  - Usted puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo no mayor de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo del profesional que receta).
  - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el **Capítulo 9** de su **Guía para Miembros** o llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página.
  - Si necesita ayuda para solicitar una excepción, comuníquese con Servicio al Cliente o su coordinador del cuidado de la salud. Consulte los **Capítulos 2 y 3** de su **Guía para Miembros** si desea más información sobre cómo comunicarse con su Coordinador del cuidado de la salud.
- Solicite que cubramos un suministro temporal del medicamento.
  - En ciertos casos, cubrimos un suministro **temporal** del medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
  - Este suministro temporal es de hasta 30 días. (Si desea más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte el **Capítulo 5** de su **Guía para Miembros**.)
  - Si obtiene un suministro temporal de un medicamento, hable con su médico para decidir qué hacer cuando se le acabe su suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por otro cubierto por nuestro plan o solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos su medicamento actual.

Cambios en los costos de los medicamentos

Dado que usted cumple los requisitos de Indiana Pathways for Aging, recibe el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos de la Parte D de Medicare.

La siguiente tabla muestra los costos de sus medicamentos.

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

Costos de Medicamentos en Etapa 2: Cobertura Inicial

La tabla muestra el costo por cada medicamento con receta de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

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

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

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

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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Reducción de la prima de la Parte B Esta cantidad se deducirá de su prima de la Parte B. Esto significa que usted pagará menos por la Parte B. Si su prima de la Parte B es menor que la cantidad reducida, usted no recibirá la diferencia como un pago en efectivo. La reducción se aplica solamente a lo que usted deba de la Parte B a menos que la pague Medicaid.	**Hasta $1.10** Usted no verá la reducción si su prima de la Parte B de Medicare la paga Medicaid o alguien más en nombre de usted.	**$0**

F. Cambios administrativos

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
Preautorización- Servicios Dentales Integrales	Es posible que su proveedor necesite solicitar una preautorización.	Su proveedor ya no necesita solicitar una preautorización.

G. Cómo elegir un plan

G1. Cómo seguir en nuestro plan

Esperamos que siga siendo miembro del plan. Usted no tiene que hacer nada para seguir en nuestro plan. A menos que se inscriba en otro plan de Medicare o se cambie a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2027.

G2. Cómo cambiar de plan

La mayoría de los beneficiarios de Medicare pueden terminar su membresía durante ciertos momentos del año. Debido a que usted tiene Indiana Pathways for Aging, usted tiene algunas opciones para terminar su membresía en nuestro plan, incluso en cualquier mes del año.

Además, puede terminar su membresía en nuestro plan durante los siguientes períodos:

- El **Período de Inscripción Anual**, que abarca desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Si decide cambiarse a un nuevo plan durante este período, su membresía en nuestro plan termina el 31 de diciembre y su membresía en el nuevo plan comienza el 1 de enero.
- El **Período de Inscripción Anual de Medicare Advantage (MA)**, que abarca desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo. Si usted elige un nuevo plan durante este período, su membresía en el nuevo plan comienza el primer día del próximo mes.

Puede haber otras situaciones en las que usted cumpla los requisitos para realizar un cambio en su inscripción. Por ejemplo, cuando:

- usted se muda fuera de nuestra área de servicio,
- su derecho de participación en Indiana Pathways for Aging o en el programa Ayuda Adicional cambió, **o**
- se mudó recientemente a una institución o actualmente recibe cuidado en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo). Si recientemente se mudó de una institución, puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante dos meses completos después del mes en que se mudó.

Sus servicios de Medicare

Tiene cuatro opciones para recibir sus servicios de Medicare, que se indican a continuación, en cualquier mes del año. Tiene una opción adicional que se indica a continuación durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2.** Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en nuestro plan.

1. Puede cambiarse a: **Otro plan que proporcione su cobertura de Medicare y la mayoría o todos sus beneficios y servicios de Medicaid en un solo plan, también conocido como plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP) o un plan del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE), si usted califica.**	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Información adicional sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, incluidas las áreas de servicio que participan, está disponible en la página del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores en www.in.gov/fssa/ddars/bba/program-of-all-inclusive-care-for-the-elderly/ en el sitio web de la División para Adultos Mayores de la Administración de Servicios Familiares y Sociales (Family and Social Services Administration, FSSA) de Indiana. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Indiana. La línea telefónica de la oficina central del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es 1-800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para encontrar una oficina local del programa SHIP en su área, visite http://www.in.gov/ship. **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente. Si se inscribe en un nuevo plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble, su plan de Indiana PathWays for Aging cambiará al nuevo plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble.

2. Puede cambiarse a: **Medicare Original con un plan aparte de medicamentos de Medicare**	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (Estado Health Insurance Assistance Program, SHIP) de Indiana, 1-800-452-4800, (TTY 1-866-846-0139). Para obtener más información o para encontrar una oficina local del programa SHIP en su área, visite su sitio web en http://www.in.gov/ship. **O** Inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Usted seguirá en la Entidad de Cuidado Administrado de su plan de Indiana PathWays for Aging. Independientemente del plan de Medicare que elija el miembro, el programa Pathways requiere la coordinación de beneficios en la mayor medida posible entre el plan de salud de Pathways Medicaid y el plan de salud de Medicare del miembro.

3. Puede cambiarse a: **Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare** **NOTA**: Si se cambia a Medicare Original, pero no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted informe a Medicare que no desea inscribirse. Solamente debería dejar la cobertura de medicamentos si tiene una cobertura de medicamentos de otra fuente, como de un empleador o de un sindicato. Si tiene preguntas sobre si necesita cobertura de medicamentos, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Indiana. La línea telefónica de la oficina central del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es 1-800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para buscar una oficina local del programa SHIP en su área, visite http://www.in.gov/ship.	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (Estado Health Insurance Assistance Program, SHIP) de Indiana, 1-800-452-4800, (TTY). Para obtener más información o para encontrar una oficina local del programa SHIP en su área, visite su sitio web en http://www.in.gov/ship. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en nuestro plan se cancelará automáticamente. Usted seguirá en la Entidad de Cuidado Administrado de su plan de Indiana PathWays for Aging. Independientemente del plan de Medicare que elija el miembro, el programa Pathways requiere la coordinación de beneficios en la mayor medida posible entre el plan de salud de Pathways Medicaid y el plan de salud de Medicare del miembro.

4. Puede cambiarse a: **Cualquier plan de salud de Medicare** durante ciertos momentos del año, incluido el **Período de Inscripción Abierta** y el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** u otras situaciones descritas en la **Sección G2**.	**Debe hacer lo siguiente:** Llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Información adicional sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, incluidas las áreas de servicio que participan, está disponible en la página del Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores en www.in.gov/fssa/ddars/bba/program-of-all-inclusive-care-for-the-elderly/ en el sitio web de la División para Adultos Mayores de la Administración de Servicios Familiares y Sociales (Family and Social Services Administration, FSSA) de Indiana. Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud de Indiana. La línea telefónica de la oficina central del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es 1-800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para buscar una oficina local de Indiana SHIP en su área, visite www.in.gov/ship/. **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en nuestro plan de Medicare se cancela automáticamente. Si se inscribe en un nuevo plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble, su plan de Indiana PathWays for Aging cambiará al nuevo plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble. Independientemente del plan de Medicare que elija el miembro, el programa Pathways requiere

	la coordinación de beneficios en la mayor medida posible entre el plan de salud de Pathways Medicaid y el plan de salud de Medicare del miembro.

Sus servicios de Indiana Pathways for Aging

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de Indiana Pathways for Aging después de dejar nuestro plan, comuníquese al 1-800-284-9294, o visite www.in.gov/pathways/home/. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Indiana Pathways for Aging.

H. Cómo recibir ayuda

H1. Nuestro plan

Estamos aquí para ayudarle si tiene alguna pregunta. Llame a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página durante los días y el horario de atención indicados. Estas llamadas son gratuitas.

Lea su Guía para Miembros

Su **Guía para Miembros** es una descripción legal y detallada de los beneficios de nuestro plan. Tiene información detallada sobre los beneficios para el año 2027. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para recibir los servicios y medicamentos que cubrimos.

La **Guía para Miembros** para el año 2027 estará disponible para el 15 de octubre. En nuestro sitio web, **myUHC.com/CommunityPlan**, encontrará una copia actualizada de la **Guía para Miembros**. También puede llamar a Servicio al Cliente a los números que se encuentran al final de la página para pedirnos que le enviemos por correo una **Guía para Miembros** para el año 2027.

Nuestro sitio web

Puede visitar nuestro sitio web en **myUHC.com/CommunityPlan**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores y farmacias (**Directorio de Proveedores y Farmacias**) y de nuestra **Lista de Medicamentos** (**Lista de Medicamentos Cubiertos**).

H2. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) de Indiana

También puede llamar al programa estatal de asistencia con el seguro de salud (SHIP). En Indiana el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Indiana State Health Insurance Assistance Program (SHIP). Indiana SHIP puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Indiana SHIP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. Indiana SHIP cuenta con asesores capacitados en cada condado y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de Indiana SHIP es 1-800-452-4800. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Para obtener más información o para buscar una oficina local de Indiana SHIP en su área, visite http://www.in.gov/ship.

H3. Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo de Indiana

El Programa del Ombudsman puede ayudarle si usted tiene un problema con nuestro plan. Los servicios del ombudsman son gratuitos y están disponibles en todos los idiomas. El Programa del Ombudsman:

- trabaja como un defensor en nombre de usted. Puede responder preguntas si usted tiene un problema o una queja, y puede explicarle qué hacer.
- se asegura de que usted tenga información relacionada con sus derechos y protecciones, y sobre cómo puede resolver sus inquietudes.
- no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. El número de teléfono del Programa del Ombudsman es 1-800-622-4484.

Este programa defiende los derechos de los residentes de:

- Asilos de convalecencia
- Residencias de vivienda asistida
- Otros centros de cuidado a largo plazo

El número de teléfono de la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado es 800-622-4484 o 317-232-7134. También puede enviar un correo electrónico a la oficina a LongTermCareOmbudsman@ombudsman.IN.gov.

La dirección de la Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo es 402 W. Washington St., Room W451, Indianapolis, IN 46207-7083.

H4. Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048
- Chatee en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone
- Escriba a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Sitio Web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). Si decide cancelar la inscripción en nuestro plan e inscribirse en otro plan de Medicare, el sitio web de Medicare tiene información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarle a comparar los planes.

Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes de Medicare disponibles en su área. (Para obtener información sobre los planes, visite es.medicare.gov y haga clic en “Buscar planes”.)

Medicare y Usted 2027

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2027**. Esta guía se envía por correo cada otoño a los beneficiarios de Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Este manual también está disponible en español, chino y vietnamita.

Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-s-medicare-and-you.pdf) o por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

H5. Indiana Pathways for Aging

La Administración de Servicios Familiares y Sociales de Indiana ofrece un programa para los residentes de Indiana de 60 años en adelante que reciben beneficios de Medicaid (o de Medicaid y Medicare).

H6. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que le puede ayudar a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre) en pagos mensuales. Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si usted participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, no necesita hacer nada para seguir participando en el año 2027. Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el total de los gastos de su bolsillo en medicamentos.

El Programa "Ayuda Adicional" de Medicare y el programa estatal de ayuda para medicamentos (state pharmaceutical assistance program, SPAP) y el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para aquellos que califican, tienen muchas más ventajas que participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si desea más información sobre este programa, comuníquese con nosotros al número de teléfono que se encuentra al final de esta página o visite es.medicare.gov.

Notificación de no discriminación

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

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

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

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

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

UHC_Civil_Rights@uhc.com

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

Optum_Civil_Rights@Optum.com

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

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

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

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

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

UHEX27MP0398064_001

UHC PathWays Dual Care IN-YL (PPO D-SNP) Servicio al Cliente:

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **myUHC.com/CommunityPlan**

Llame al **1-800-832-4643**

Las llamadas a este número son gratuitas.

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

Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

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

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

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

Declaración de Divulgación de la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (PRA)
Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta exhiba un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto para esta recopilación de información es 0938-1444. Si tiene algún comentario o sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

CSIN27LP0426943_000