Aviso Anual de Cambios 2027

UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP)

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **myUHC.com/CommunityPlan**

Llame al número gratuito **1-844-368-7151,** 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

CardinalCare Managed Care

H0421_001_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 $2,500 para servicios dentales preventivos e integrales. Inicie sesión en su sitio web para miembros para obtener más información detallada.

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

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

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

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

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

Evidencia de Cobertura

Revise su **Evidencia de Cobertura** 2027 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. 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 Dual Complete VA-Y4 (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 **Evidencia de Cobertura**, 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 **Evidencia de Cobertura**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español, coreano, vietnamita, chino, árabe, amárico, urdu, tagalo, farsi, francés, bengalí, telugu, hindi, nepalí y ruso.
- 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 **1-844-368-7151**, 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 Cardinal Care Managed Care (Medicaid) para el próximo año 5

B1. Información sobre UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP) 5

B2. Cosas importantes que debe hacer 5

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

D. Cambios en los beneficios para el próximo año 7

D1. Cambios en los beneficios de los servicios médicos 7

D2. Cambios en la cobertura de medicamentos 13

E. Cambios administrativos 16

F. Cómo elegir un plan 16

F1. Cómo seguir en nuestro plan 16

F2. Cómo cambiar de plan 17

G. Cómo recibir ayuda 23

G1. Nuestro plan 23

G2. Programa de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP) 23

G3. Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado 24

G4. Medicare 24

G5. Cardinal Care Managed Care 25

G6. Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare 25

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 Cardinal Care Managed Care (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 D** 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. Usted seguirá estando inscrito en los programas de Medicare y de Cardinal Care Managed Care siempre y cuando cumpla los requisitos.

Si deja nuestro plan, puede obtener información sobre:

- Sus opciones de Medicare en la tabla de la **Sección F2.**
- Sus opciones de Cardinal Care Managed Care y los servicios en la **Sección F2.**

B1. Información sobre UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP)

- UHC Dual Complete VA-Y4 (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 Dual Complete VA-Y4 (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 D1** 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 D2** 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 C** 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 Dual Complete VA-Y4 (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 Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP).	Si decide que otra cobertura satisfará mejor sus necesidades, es posible que pueda cambiar de plan (consulte la **Sección F2** 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 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 de cuidado 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 **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio al Cliente al número que se encuentra al final de la página para recibir ayuda.

D. Cambios en los beneficios para el próximo año

D1. 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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
		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.
Servicios para la audición Aparatos auditivos	Usted recibe una asignación de $2,200 para hasta 2 aparatos auditivos con receta o de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cada 2 años. Usted paga $0 de copago. Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos). Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.	Usted recibe una asignación de $2,200 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 entrega a domicilio ya no tienen cobertura. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.
Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados	Usted paga $0 de copago o $1,980 de copago por	Usted paga $0 de copago o $1,655 de copago por cada estadía en el

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).	hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).
Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga $0 de copago o $1,980 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (fuera de la red).	Usted paga $0 de copago o $1,655 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (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**	$205 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.	$201 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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, 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	Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI). Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, 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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	para servicios a domicilio, relevo del cuidador o asesoramiento para el control de peso. 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.	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. 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	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

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	para pacientes hospitalizados: $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).	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 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.	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.

	2026 (este año)	2027 (próximo año)
	Usted paga $0 de copago. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	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 lentes de contacto de un proveedor fuera de la red. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.

D2. 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 **Evidencia de Cobertura** 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 **Evidencia de Cobertura** 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 **Evidencia de Cobertura**.)
  - 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 Cardinal Care Managed Care, 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 Cardinal Care Medicaid.	**Hasta $2.90** 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**

E. 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.

F. Cómo elegir un plan

F1. 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.

F2. 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 Cardinal Care Managed Care, 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 Cardinal Care Managed Care 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. Si cambia de plan a un plan Medicare Advantage que no sea para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (dual eligible special needs plan, D-SNP) o decide inscribirse en Medicare Original, puede seguir como miembro de nuestro plan Cardinal Care Managed Care, o puede cambiar su plan Cardinal Care Managed Care si visita el sitio web de Virginia Medicaid Managed Care en www.virginiamanagedcare.com/en o por teléfono al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) Horario de atención: lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6 p.m.

Sus servicios de Medicare

Tiene tres 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 F2.** Al elegir una de estas opciones, usted termina automáticamente su membresía en UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP). Si se inscribe en un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP), la asignación de su plan de salud de Medicaid se ajustará automáticamente al D-SNP que elija. Si se inscribe en Medicare Original o en un plan Medicare

Advantage que no sea para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP), puede decidir seguir en nuestro plan de salud Cardinal Care Managed Care Medicaid o inscribirse en cualquiera de los otros cuatro planes de salud Cardinal Care Managed Care Medicaid.

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. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE), llame al 1-833-522-5582 (TDD: 1-888-221-1529). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP) al 1-804-662-9333 V/TTY o al Número Gratuito: 1-800-552-3402 V/TTY. Puede visitar su sitio web aquí: www.vda.virginia.gov/vicap.htm Para obtener más información o para encontrar una oficina local del programa VICAP en su área, visite www.vda.virginia.gov/vicap.htm. **O** Inscríbase en un nuevo plan integrado para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente. El Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS) de Virginia también cancelará su inscripción en nuestro plan de salud Cardinal Care Managed Care Medicaid y le inscribirá en el plan de salud Cardinal Care Managed Medicaid alineado con su nuevo plan integrado 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 de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP) al 1-804-662-9333 o al Número Gratuito: 1-800-552-3402. Puede visitar su sitio web aquí: www.vda.virginia.gov/vicap.htm Para obtener más información o para encontrar una oficina local del programa VICAP en su área, visite www.vda.virginia.gov/vicap.htm. **O** Inscríbase en un plan de medicamentos de Medicare. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente. Si decide inscribirse en Medicare Original, puede seguir como miembro de nuestro plan Cardinal Care Managed Care, o puede cambiar su plan Cardinal Care Managed Care si visita el sitio web de Virginia Medicaid Managed Care en www.virginiamanagedcare.com/en o por teléfono al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) Horario de atención: lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6 p.m.

3. Puede cambiarse a: **Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare, si tiene un motivo válido para cancelar la inscripción.** **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 de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP) al 1-804-662-9333 V/TTY o al Número Gratuito: 1-800-552-3402 V/TTY. Puede visitar su sitio web aquí: www.vda.virginia.gov/vicap.htm.	**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 de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP), 1-804-662-9333, V/TTY o al Número Gratuito: 1-800-552-3402 V/TTY. Puede visitar su sitio web aquí: www.vda.virginia.gov/vicap.htm. Cuando comience su cobertura de Medicare Original, su inscripción en UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente. Si decide inscribirse en Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos de Medicare, puede seguir como miembro de nuestro plan Cardinal Care Managed Care, o puede cambiar su plan Cardinal Care Managed Care si visita el sitio web de Virginia Medicaid Managed Care en www.virginiamanagedcare.com/en o por teléfono al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) Horario de atención: lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6 p.m.

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 F2**.	**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. Para consultas sobre el Programa de Cuidado Todo Incluido para Personas Mayores, llame 1-833-522-5582 (TDD: 1-888-221-1529). Si necesita ayuda o más información: • Llame al Programa de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP) al 1-804-662-9333 V/TTY o al Número Gratuito: 1-800-552-3402 V/TTY. Puede visitar su sitio web aquí: www.vda.virginia.gov/vicap.htm **O** Inscríbase en un nuevo plan de Medicare. Cuando comience la cobertura de su nuevo plan, su inscripción en UHC Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente. Si decide inscribirse en un plan de salud de Medicare que no sea para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble (D-SNP), puede cambiar su plan Cardinal Care Managed Care si visita el sitio web de Virginia Medicaid Managed Care en www.virginiamanagedcare.com/en o por teléfono al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) Horario de atención: lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6 p.m. Si decide inscribirse en un plan para personas con necesidades especiales que tienen elegibilidad doble diferente, su cobertura de Cardinal Care Managed Care cambiará automáticamente para adaptarse al plan D-SNP que elija.

Sus servicios de Cardinal Care Managed Care

Si tiene preguntas sobre cómo recibir sus servicios de Cardinal Care Managed Care después de dejar nuestro plan, comuníquese con la Línea de Ayuda de Virginia Managed Care llamando al número gratuito: 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608) o visitando nuestro sitio web en: www.virginiamanagedcare.com/en. Horario de atención: de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6 p.m. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene del programa Cardinal Care Managed Care.

G. Cómo recibir ayuda

G1. 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 Evidencia de Cobertura

Su **Evidencia de Cobertura** 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 **Evidencia de Cobertura** para el año 2027 estará disponible para el 15 de octubre. En nuestro sitio web, **myUHC.com/CommunityPlan**, encontrará una copia actualizada de la **Evidencia de Cobertura**. 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 **Evidencia de Cobertura** 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**).

G2. Programa de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP)

También puede llamar al programa estatal de asistencia con el seguro de salud (SHIP). En Virginia el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP). VICAP puede ayudarle a comprender sus opciones de planes y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. VICAP no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud. VICAP cuenta con asesores capacitados **en todo el estado** y los servicios son gratuitos. El número de teléfono de VICAP es 1-

804-662-9333, TTY o al número gratuito: 1-800-552-3402. Para obtener más información o para buscar una oficina local de VICAP en su área, visite dars.virginia.gov/aging/home-community/medicare-counseling/.

G3. Oficina del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo del Estado

El Ombudsman defiende a los adultos mayores y a las personas con discapacidades que reciben servicios para el cuidado a largo plazo, ya sea que el cuidado se reciba dentro de un asilo de convalecencia o en una residencia de vivienda asistida, o a través de servicios en la comunidad para ayudar a las personas que todavía viven en su domicilio. El Ombudsman proporciona información, actúa como defensor y ofrece ayuda para resolver problemas de cuidado a las personas mayores de Virginia, a sus familiares y al público en general. 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 804-565-1600, o al Número Gratuito: 1-800-552-5019, TTY 711.

G4. 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.

G5. Cardinal Care Managed Care

Visite nuestro sitio web (www.dmas.virginia.gov/) para recibir información general acerca del programa Cardinal Care Managed Care.

Para obtener información sobre cobertura de cuidado de la salud, cómo solicitar Medicaid y obtener información adicional, visite el sitio web de Cover Virginia (coverva.dmas.virginia.gov/) o llame al 1-833-5CALLVA (TTY: 1-888-221-1590). El Centro de Llamadas de Cover Virginia opera de lunes a viernes, de 8 a.m. a 7 p.m., y los sábados de 9 a.m. a 12 p.m.

Si desea más información acerca de sus opciones de planes de salud o si desea cambiar de plan de salud, visite el sitio web de Managed Care HelpLine (www.virginiamanagedcare.com) o llame al 1-800-643-2273 (TTY: 1-800-817-6608). HelpLine opera de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 6 p.m.

G6. 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.

- Llame al Programa de Asesoramiento y Asistencia con el Seguro de Virginia (Virginia Insurance Counseling and Assistance Program, VICAP) al 1-804-662-9333 V/TTY o al Número Gratuito 1-800-552-3402 V/TTY. Puede visitar su sitio web aquí: www.vda.virginia.gov/vicap.htm

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 Dual Complete VA-Y4 (PPO D-SNP) Servicio al Cliente:

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **myUHC.com/CommunityPlan**

Llame al **1-844-368-7151**

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

CSVA27LP0426936_000