

# 2018 AVISO ANUAL DE CAMBIOS



## Cambios importantes en su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)



Llamada gratuita **1-866-480-1086**, TTY **711**

de de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana



**[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**

### ¿Tenemos su dirección correcta?

Si no es así, manténganos al día para que podamos informarle las novedades del plan.



# Aviso Anual de Cambios 2018.



Actualmente está inscrito como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP).

El próximo año habrá algunos cambios en los costos y beneficios del plan. **Esta guía indica los cambios.**

---

## Qué debe hacer ahora

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

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
  - Por eso es importante que revise su cobertura ahora mismo para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
  - ¿Se ven afectados por los cambios los servicios que usted usa?
  - Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos del plan.
  
- Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
  - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
  - ¿Están sus medicamentos en otro nivel, con otro costo compartido?
  - ¿Tiene restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
  - ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo al utilizar esta farmacia?
  - En la Lista de Medicamentos de 2018 consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  
- Compruebe que sus médicos y demás proveedores de servicios médicos continúen en nuestra red el próximo año.
  - ¿Están sus médicos en nuestra red?

- ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores de servicios médicos que usted usa?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de Proveedores.
- Piense en los costos generales de cuidado de la salud.
- ¿Cuánto pagará en gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
  - ¿Cuánto costarán la prima y los deducibles del plan?
  - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con respecto a otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si está conforme con nuestro plan.

## **2. COMPARE:** Obtenga información sobre otras opciones de plan

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted reside.
- Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes Medicare en el sitio web de Medicare:  
<https://es.medicare.gov> Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
  - Revise la lista que aparece en la contracubierta del manual “Medicare y Usted”.
  - Consulte la Sección 2.2 para obtener más información de sus opciones.
- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

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

- Si desea **continuar** en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP), no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP).
- Si desea cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo cuanto lo desee. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Consulte la Sección 2 para obtener más información acerca de sus opciones.

### **Recursos adicionales**

- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.
- Esta información está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-480-1086 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

- Puede obtener este documento en un formato alternativo, por ejemplo, en braille, en letras grandes o en audio. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-480-1086, TTY: 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, para obtener información adicional.
- **Cobertura mínima esencial: La cobertura de este plan califica como cobertura mínima esencial y cumple los requisitos de responsabilidad compartida individual de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio. Para más información acerca de los requisitos personales de la cobertura mínima esencial, consulte el sitio web del Internal Revenue Service en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.**

### **Información sobre UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)**

- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización 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.
- El plan también tiene un contrato con el programa Medicaid Georgia para coordinar los beneficios que recibe de este programa.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “para nosotros” o “nuestro o nuestra” en esta guía, se refieren a la compañía de seguros UnitedHealthcare o a una de sus afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP).

## Resumen de costos importantes para 2018

La siguiente tabla compara los costos de 2017 con los costos de 2018 de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP) en varias áreas importantes. **Tenga presente que este es solamente un resumen de cambios. Es importante que lea el resto de este Aviso Anual de Cambios y revise la Evidencia de Cobertura** incluida para ver si otros cambios de beneficios o costos le afectan.

| Costos   | 2017 (este año)  | 2018 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Prima mensual del plan *</b></p> <p>*Su prima mensual del plan puede ser más alta o más baja que esta cantidad. (Consulte la sección 1.1 para los detalles.)</p>   | \$26.40  | \$15.10  |
| <p><b>Cantidades máximas de gasto de su bolsillo</b></p> <p>Esta es la <u>máxima</u> cantidad que pagará de desembolso personal por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para los detalles.)</p> | <p>Recibido de proveedores dentro de la red: \$6,700</p> <p>Recibido de proveedores fuera de la red: Ilimitado</p>   | <p>Recibido de proveedores de la red: \$6,700</p> <p>Recibido de proveedores fuera de la red: Ilimitado</p>  |
| <p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>  | <p>Consultas de cuidado primario:<br/>                     Usted paga 20% del costo total por consulta (dentro de la red).</p> <p>Las visitas de cuidado primario no tienen cobertura (fuera de la red).</p> <p>Consultas con el especialista:</p> | <p>Consultas de cuidado primario:<br/>                     Usted paga 20% del costo total por consulta (dentro de la red).</p> <p>Las visitas de cuidado primario no tienen cobertura (fuera de la red).</p> <p>Consultas con un especialista:</p> |

| <b>Costos</b>   | <b>2017 (este año)</b>   | <b>2018 (próximo año)</b>  |
|---|--|--|
|   | <p>Usted paga 20% del costo total por consulta (dentro de la red).</p> <p>Las consultas con especialistas no tienen cobertura (fuera de la red).</p>   | <p>Usted paga 19% del costo total por consulta (dentro de la red).</p> <p>Las consultas con especialistas no tienen cobertura (fuera de la red).</p>   |
| <p><b>Estadía en hospital como paciente hospitalizado</b></p> <p>Incluye pacientes hospitalizados graves, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros servicios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p> | <p>Usted paga el costo compartido de Medicare Original por los servicios para pacientes hospitalizados:</p> <p>\$1,316 de deducible por los días 1 - 60;</p> <p>\$329 de copago cada día por los días 61 - 90;</p> <p>\$658 de copago cada día por los días 91 - 150 (días de reserva una vez en la vida) (dentro la red).</p> <p>El cuidado para pacientes hospitalizados no tiene cobertura (fuera de la red).</p> | <p>Usted pagará el costo compartido de Medicare Original del año 2018 por los servicios para pacientes hospitalizados. Este costo compartido será determinado por Medicare en el otoño de 2017. El costo compartido para el año 2017 es:</p> <p>\$1,316 de deducible por los días 1 - 60;</p> <p>\$329 de copago cada día por los días 61 - 90;</p> <p>\$658 de copago cada día por los días 91 - 150 (días de reserva una vez en la vida) (dentro la red).</p> <p>Cuidado para pacientes hospitalizados no tiene cobertura (fuera de la red).</p> |
| <p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 1.6 para más detalles.)</p>  | <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Georgia Department of Community Health</p>   | <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Georgia Department of Community Health</p>   |

| <b>Costos</b> | <b>2017 (este año)</b>  | <b>2018 (próximo año)</b>   |
|---------------|---|---|
|               | <p>(Medicaid) y dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <p>Deducible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 o</li> <li>• \$82</li> </ul> <p>En el caso de medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.20 de copago o</li> <li>• \$3.30 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul> <p>Si la cantidad total que paga en copagos y coseguro llega a \$4,950, su costo compartido será de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.30 de copago</li> </ul> <p>En el caso de los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.70 de copago o</li> <li>• \$8.25 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul> | <p>(Medicaid) y dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <p>Deducible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 o</li> <li>• \$83</li> </ul> <p>En el caso de medicamentos genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.25 de copago o</li> <li>• \$3.35 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul> <p>Si la cantidad total que paga en copagos y coseguro llega a \$5,000, su costo compartido será de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.35 de copago</li> </ul> <p>En el caso de los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.70 de copago o</li> <li>• \$8.35 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul> |

| Costos | 2017 (este año)  | 2018 (próximo año)   |
|--------|--|--|
|        | Si la cantidad total que paga en copagos y coseguro llega a \$4,950, su costo compartido será de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$8.25 de copago</li> </ul> | Si la cantidad total que paga en copagos y coseguro llega a \$5,000, su costo compartido será de las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$8.35 de copago</li> </ul> |
|        | <b>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare para pagar sus costos de los medicamentos recetados</b>   |  |
|        | Deducible: \$400<br>Usted paga el 25% del costo total  | Deducible: \$405<br>Usted paga el 25% del costo total  |



## Aviso Anual de Cambios para 2018

### Índice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para 2018.....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>Sección 1: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>                      | <b>10</b> |
| Sección 1.1: Cambios a la prima mensual.....   | 10        |
| Sección 1.2: Cambios a sus cantidades máximas de gasto de su bolsillo.....                         | 10        |
| Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....   | 11        |
| Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....   | 12        |
| Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....                      | 12        |
| Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D                      | 19        |
| <b>Sección 2: Cómo decidir qué plan elegir.....</b>  | <b>24</b> |
| Sección 2.1: Si decide permanecer en el plan UnitedHealthcare Dual Complete®<br>(HMO-POS SNP)..... | 24        |
| Sección 2.2: Si decide cambiar de plan.....  | 24        |
| <b>Sección 3: Fecha límite para cambiarse de plan.....</b>   | <b>25</b> |
| <b>Sección 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid....</b>       | <b>25</b> |
| <b>Sección 5: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.</b>         | <b>26</b> |
| <b>Sección 6: ¿Preguntas?.....</b>   | <b>27</b> |
| Sección 6.1: Cómo obtener asistencia de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-<br>POS SNP).....     | 27        |
| Sección 6.2: Cómo obtener asistencia de Medicare.....  | 27        |
| Sección 6.3: Cómo obtener asistencia de Medicaid.....  | 28        |

## Sección 1: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.

### SECCIÓN 1.1: Cambios a la prima mensual

| Costos  | 2017 (este año) | 2018 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted.) | \$26.40         | \$15.10            |

### SECCIÓN 1.2: Cambios a sus cantidades máximas de gasto de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige a todos los planes de salud limitar la cantidad de gasto de su bolsillo que usted paga durante el año. Estos límites se denominan “cantidades máximas de gasto de su bolsillo”. Una vez que agota esta cantidad, por lo general no debe pagar nada para obtener los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costos  | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Cantidad máxima de gasto de su bolsillo dentro de la red</b><br><br>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Georgia Department of Community Health (Medicaid), son muy pocos los miembros que llegan a alcanzar este máximo de gasto de su bolsillo.<br><br>Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles) de proveedores dentro de la red se contabilizan para la cantidad | \$6,700<br><br>Una vez que haya pagado \$6,700 de gasto de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B proporcionados por proveedores de la red, no debe pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de | \$6,700<br><br>Una vez que haya pagado \$6,700 de gasto de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B proporcionados por proveedores de la red, no debe pagar nada más por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de |

| <b>Costos</b>   | <b>2017 (este año)</b>  | <b>2018 (próximo año)</b>   |
|---|---|---|
| <p>máxima de gasto de su bolsillo dentro de la red. Las primas del plan y los costos de los medicamentos con receta no se contabilizan para la cantidad máxima de gasto de su bolsillo.</p>   | <p>proveedores de la red por el resto del año calendario.</p>                   | <p>proveedores de la red por el resto del año calendario.</p>             |
| <p><b>Cantidad máxima de gasto de su bolsillo fuera de la red</b></p> <p>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Georgia Department of Community Health (Medicaid), son muy pocos los miembros que llegan a alcanzar este máximo de gasto de su bolsillo.</p> <p>Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos y deducibles ) de proveedores fuera de la red se contabilizan para la cantidad máxima de gasto de su bolsillo. Las primas del plan no se contabilizan para la cantidad máxima de gasto de su bolsillo.</p> | <p>Usted tiene un máximo ilimitado de gasto de su bolsillo fuera de la red.</p> | <p>Tiene un máximo ilimitado de gasto de su bolsillo fuera de la red.</p> |

### **SECCIÓN 1.3: Cambios en la red de proveedores**

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará el Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com). También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir el envío postal de un Directorio de Proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 2018 para ver si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

Es importante que sepa que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales su proveedor puede dejar de prestar servicios a su plan, y si esto ocurre, usted tiene ciertos

derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que los proveedores de nuestra red podrían cambiar durante el año, Medicare nos exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Nos esforzaremos, en buena fe, por darle aviso con 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan, de modo que tenga el tiempo para seleccionar a un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar a un nuevo proveedor calificado que pueda continuar atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si se encuentra bajo un tratamiento médico tiene derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no sufra interrupciones, y nos aseguraremos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos suministrado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo gestionado adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para ayudarle a encontrar a un nuevo proveedor y administrar sus cuidados.

## SECCIÓN 1.4: Cambios en la red de farmacias

---

Las cantidades que usted paga al comprar sus medicamentos con receta dependen de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas **únicamente** si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com). También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir el envío postal de un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2018 para ver qué farmacias están en nuestra red.**

## SECCIÓN 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

---

Tenga en cuenta que el **Aviso Anual de Cambios** solamente le muestra los cambios de sus beneficios y costos de Medicare.

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos cambiará para el próximo año. La información a continuación describe estos cambios. Para más detalles acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos (lo que cubre el plan y lo que usted paga)**, en el documento **Evidencia de Cobertura 2018**. En esta guía se incluye una copia de la **Evidencia de Cobertura**.

| <b>Costos</b>   | <b>2017 (este año)</b>  | <b>2018 (próximo año)</b>   |
|---|---|---|
| <p><b>Costo compartido de Medicare</b></p> <p>El costo compartido de Medicare incluye copago, coseguro y deducibles.</p> <p>El costo compartido de la Parte D es siempre responsabilidad del miembro.</p> <p>Comuníquese con Georgia Department of Community Health (Medicaid) en 1-404-656-4507 para más detalles.</p> | <p>Por los servicios cubiertos por Medicare, usted paga:</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid como un Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid con beneficios completos (no QMB), excepto si se trata de servicios que no están cubiertos por el programa estatal de Medicaid.</p> <p>Si no tiene beneficios completos de Medicaid o no es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB), debe pagar su costo compartido de Medicare, incluidos los copagos, los deducibles y el coseguro.</p> | <p>Por los servicios cubiertos por Medicare, usted paga:</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid como un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB).</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid con beneficios completos (no QMB), excepto si se trata de servicios que no están cubiertos por el programa estatal de Medicaid.</p> <p>Si no tiene beneficios completos de Medicaid o no es un Beneficiario Calificado por Medicare (QMB), debe pagar su costo compartido de Medicare, incluidos los copagos, los deducibles y el coseguro.</p> <p>Consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> para los beneficios cubiertos de Medicare.</p> |

Si es un Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**.

| <b>Costos</b>  | <b>2017 (este año)</b>  | <b>2018 (próximo año)</b>   |
|--|---|---|
| <b>Rehabilitación cardíaca</b>   | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).  |
| <b>Servicios quiroprácticos</b>  | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).  |
| <b>Capacitación sobre autocontrol de la diabetes; Servicios y suministros para la diabetes</b> | Usted paga \$0 de copago (dentro de la red). Cubrimos solamente monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa de las marcas siguientes: OneTouch Ultra®2 System, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® Sync, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex System Kit, ACCU-CHEK® Nano SmartView, y ACCU-CHEK® Aviva Plus. Otras marcas no están cubiertas por nuestro plan. Si usa una marca de suministros que no está cubierta por nuestro plan, hable con su médico para obtener una nueva receta para una marca cubierta. | Usted paga \$0 de copago (dentro de la red). Cubrimos solamente monitores de glucosa en la sangre y tiras para medir la glucosa de las marcas siguientes: OneTouch Ultra®2, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK® Nano SmartView, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® Guide, y ACCU-CHEK® Aviva Connect. Otras marcas no están cubiertas por nuestro plan. Si usa una marca de suministros que no está cubierta por nuestro plan, hable con su médico para obtener una nueva receta para una marca cubierta. |
| <b>Cuidado de emergencia</b>   | Usted paga \$75 de copago.  | Usted paga \$80 de copago.  |

Si es un Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**.

| <b>Costos</b>                                | <b>2017 (este año)</b>  | <b>2018 (próximo año)</b>  |
|--|---|--|
| <b>Cuidado para pacientes hospitalizados</b> | Usted paga el costo compartido de Medicare Original por los servicios para pacientes hospitalizados:<br>\$1,316 de deducible por los días 1 - 60;<br>\$329 de copago cada día por los días 61 - 90;<br>\$658 de copago cada día por los días 91 - 150 (días de reserva una vez en la vida) (dentro la red). | Usted pagará el costo compartido de Medicare Original del año 2018 por los servicios para pacientes hospitalizados. Este costo compartido será determinado por Medicare en el otoño de 2017. El costo compartido para el año 2017 es:<br>\$1,316 de deducible por los días 1 - 60;<br>\$329 de copago cada día por los días 61 - 90;<br>\$658 de copago cada día por los días 91 - 150 (días de reserva una vez en la vida) (dentro la red). |

Si es un Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**.

| <b>Costos</b>   | <b>2017 (este año)</b>  | <b>2018 (próximo año)</b>  |
|---|---|--|
| <b>Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados</b>                                      | Usted paga el costo compartido de Medicare Original por los servicios para pacientes hospitalizados:<br>\$1,316 de deducible por los días 1 - 60;<br>\$329 de copago por día: por los días 61 - 90;<br>\$658 de copago de copago por día: por los días 91 - 150 (días de reserva una vez en la vida) (dentro la red). | Usted pagará el costo compartido de Medicare Original del año 2018 por los servicios para pacientes hospitalizados. Este costo compartido será determinado por Medicare en el otoño de 2017. El costo compartido para el año 2017 es:<br>\$1,316 de deducible por los días 1 - 60;<br>\$329 de copago cada día por los días 61 - 90;<br>\$658 de copago cada día por los días 91 - 150 (días de reserva una vez en la vida) (dentro la red). |
| <b>Cuidado de salud mental a pacientes ambulatorios - Sesión de terapia grupal</b>                | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).   |
| <b>Cuidado de salud mental a pacientes ambulatorios - Sesión de terapia individual</b>            | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).   |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios - Terapia ocupacional</b>              | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).   |
| <b>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios - Fisioterapia y terapia del habla</b> | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).   |

Si es un Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**.



| <b>Costos</b>   | <b>2017 (este año)</b>  | <b>2018 (próximo año)</b>   |
|---|---|---|
| <b>Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias - Sesión de terapia grupal</b>  | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).  |
| <b>Servicios ambulatorios para el abuso de sustancias - Sesión de terapia individual</b>  | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).  |
| <b>Deducible Parte B</b>  | Para el 2017, su plan tiene un deducible combinado dentro y fuera de la red de Medicare de \$183. | Para 2018, su plan tendrá un deducible de la Parte B de Medicare dentro de la red. La cantidad del deducible será la misma que el deducible de la Parte B de Medicare establecido por CMS en el otoño de 2017. Consulte la información adicional en la <b>Evidencia de Cobertura</b> adjunta. |
| <b>Hospitalización parcial</b>  | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga \$55 de copago (dentro de la red).   |
| <b>Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico - Cuidado dental no de rutina</b>                | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).  |
| <b>Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico - Otros profesionales de cuidado de la salud</b> | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 20% del costo total en el consultorio de un proveedor de cuidado   |

Si es un Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**.

| Costos   | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)   |
|--|---|--|
|  |   | primario (dentro de la red).<br><br>Usted paga 19 % del costo total en el consultorio de un especialista (dentro de la red).       |
| <b>Servicios de un médico o profesional, incluidas las visitas al consultorio médico - Especialistas</b> | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).   |
| <b>Servicios de podiatría</b>  | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).   |
| <b>Rehabilitación pulmonar</b>   | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red).  | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red).   |
| <b>Cuidado en un centro de enfermería especializada</b>  | Usted paga el costo compartido de Medicare Original por los servicios para pacientes hospitalizados:<br>\$0 de copago cada día por los días 1 - 20.<br><br>\$164.50 de copago cada día por los días 21 - 100 (dentro la red). | Usted paga el costo compartido de Medicare Original 2018, el cual será determinado por CMS en el otoño de 2017 (dentro de la red). |

Si es un Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**.

| <b>Costos</b>   | <b>2017 (este año)</b>                             | <b>2018 (próximo año)</b>                          |
|---|--|--|
| <b>Cuidado de la vista</b><br>Exámenes de la vista cubiertos por Medicare para evaluar enfermedades de los ojos | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red). | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red). |
| <b>Cuidado de la vista</b><br>Examen de glaucoma cubierto por Medicare  | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red). | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red). |
| <b>Cuidado de la vista</b><br>Consultas cubiertas por Medicare  | Usted paga 20% del costo total (dentro de la red). | Usted paga 19% del costo total (dentro de la red). |

Si es un Beneficiario calificado por Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o tiene beneficios completos de Medicaid, entonces su deducible, coseguro o copago podrían ser menos por los servicios que están cubiertos bajo Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos**.

## **SECCIÓN 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D**

### **Cambios a nuestra Lista de Medicamentos**

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. **Puede obtener una Lista de Medicamentos completa** si llama a Servicio al Cliente (vea la contracubierta) o visite nuestro sitio web ([www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)).

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos los cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos.

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

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos:

- **Consulte a su médico (o al profesional autorizado para recetar medicamentos) para que solicite una excepción al plan** para cubrir el medicamento.
  - Si desea saber cómo proceder para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])** o llame a Servicio al Cliente.
- **Consulte a su médico (o al profesional autorizado para recetar medicamentos) para buscar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una

lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición de médica.

A fin de evitar una interrupción en la terapia, en algunas situaciones se nos exige que cubramos (**una sola vez**, en los primeros 90 días del año del plan o en los primeros 90 días de membresía) un suministro temporal de un medicamento que esté excluido del formulario. (Si desea saber cómo obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si obtuvo autorización para una excepción del formulario este año, refiérase a la carta de autorización que indica la fecha de vencimiento. Una vez pasada la fecha de vencimiento que indica la carta de autorización, tendrá que obtener una nueva autorización para que el plan continúe cubriendo el medicamento (siempre y cuando el medicamento todavía requiera una excepción y si usted y su médico consideran que es necesario). Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura** o llame a Servicio al Cliente.

### **Cambios en los costos de los medicamentos con receta**

**Nota:** Si está en el programa Ayuda Adicional que le brinda asistencia para pagar sus medicamentos, **es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso**. Le enviamos un documento aparte titulado Cláusula Adicional de Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Subsidy, LIS), o Cláusula Adicional LIS, que contiene información sobre los costos de sus medicamentos. Como recibe Ayuda Adicional y no ha recibido este documento a más tardar el 30 de septiembre de 2017, llame al Servicio al Cliente y solicítelo. Los números de teléfono del Servicio al Cliente están en la Sección 6.1 de esta guía.

Hay cuatro etapas de pago de medicamentos. La cantidad que pague por un medicamento de la Parte D dependerá de la etapa de pago de medicamentos en que usted se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas).

La información siguiente detalla los cambios en las dos primeras etapas para el año entrante: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las dos etapas restantes: la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** adjunta.)

### **Cambios a la etapa de deducible**

| Etapa   | 2017 (este año)  | 2018 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b><br/>                     En esta etapa usted paga el costo <b>total de los medicamentos</b> de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$0 o de \$82 , según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. (Consulte el documento Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos, que es un documento aparte, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional de Medicare, el cual ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta, el deducible es \$400.</p> | <p>El deducible es de \$0 o de \$83 , según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. (Consulte el documento Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos, que es un documento aparte, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional de Medicare, el cual ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta, el deducible es \$405.</p> |

**Cambios a la cantidad de costo compartido que le corresponde a usted en la etapa de cobertura inicial**

Para saber cómo funcionan los copagos y el coseguro, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, **Gastos de su bolsillo que es posible que deba pagar por los medicamentos cubiertos, de la Evidencia de Cobertura.**

| Etapa  | 2017 (este año)  | 2018 (próximo año)   |
|--|--|--|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</b><br/>                     Una vez que haya pagado el deducible anual, pasara la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted</b></p> | <p>Su costo por el suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</p> | <p>Su costo por el suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</p> |

| Etapa   | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <p><b>paga su parte.</b></p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30-días) si surte su receta en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de un servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <b>Evidencia de Cobertura</b>.</p> | <p><b>Genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</b></p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Georgia Department of Community Health (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.20 de copago o</li> <li>• \$3.30 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul> <p><b>En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Georgia Department of Community Health (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> </ul> | <p><b>Genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</b></p> <p>Si esta inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Georgia Department of Community Health (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$1.25 de copago o</li> <li>• \$3.35 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul> <p><b>En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Si est inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Georgia Department of Community Health (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.70 de copago o</li> </ul> |

| Etapa | 2017 (este año)   | 2018 (próximo año)  |
|-------|---|---|
|       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$3.70 de copago o</li> <li>• \$8.25 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$8.35 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul>   |
|       | <b>Si no cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional de Medicare, el cual ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta</b>  |   |
|       | <p><b>Para todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Usted paga 25% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,700, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p> | <p><b>Para todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Usted paga 25% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,750, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p> |

**Cambios a la etapa sin cobertura y a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores**

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores son para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la etapa sin cobertura ni a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores.** Para obtener más información sobre sus costos en estas etapas, consulte el Capítulo 6, las Secciones 6 y 7 de la **Evidencia de Cobertura.**

## Sección 2: Cómo decidir qué plan elegir

### SECCIÓN 2.1: Si decide permanecer en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

---

**Para permanecer en nuestro plan, no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan distinto ni se cambia a Medicare Original, quedará automáticamente inscrito como miembro de nuestro plan 2018.

### SECCIÓN 2.2: Si decide cambiar de plan

---

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2018, siga estos pasos:

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

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare, cuando lo desee,
- **O bien**, usted puede cambiarse a Medicare Original cuando lo desee.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted 2018**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 4), o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Use el buscador de planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. Visite <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”. **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Como recordatorio, UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus afiliadas ofrece otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Estos planes adicionales pueden tener diferencias en cobertura, primas mensuales y cantidades de costo compartido.

#### Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en ese plan de medicamentos nuevo. Se le dará de baja automáticamente de UnitedHealthcare



Dual Complete® (HMO-POS SNP).

- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe optar por:
  - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información acerca de cómo debe hacer esto, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de esta guía).
  - – o – Llame a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original pero **no** se inscribe en un plan aparte para los medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.

## Sección 3: Fecha límite para cambiarse de plan

Dado que usted reúne los requisitos para Medicare y para Medicaid puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare cuando lo desee (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o pasar a Medicare Original (con o sin un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado).

## Sección 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa de ayuda del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados. En Georgia, el programa SHIP se llama DHS Division of Aging Services - GeorgiaCares Program.

DHS Division of Aging Services - GeorgiaCares Program es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratis** del seguro de salud local a las personas con Medicare. Los consejeros del Programa DHS Division of Aging Services - GeorgiaCares Program pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare así como responder a preguntas para cambiar de planes. Puede llamar a DHS Division of Aging Services - GeorgiaCares Program al 1-866-552-4464.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios Georgia Department of Community Health, comuníquese con Georgia Department of Community Health, al 1-404-656-4507, 7 a.m. - 7 p.m. ET, Monday - Friday. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo afecta la manera en que obtiene su cobertura de Georgia Department of Community Health si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare Original.

## Sección 5: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación se listan las distintas clases de ayuda:

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Dado que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa Ayuda Adicional, al que también se le conoce como Subsidio para personas de bajos ingresos. El programa Ayuda Adicional paga una parte del coseguro y los deducibles anuales, además de las primas de sus medicamentos con receta. Como usted ya califica, no tendrá la etapa sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca del programa Ayuda adicional, llame a:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - También puede llamar a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien
  - La oficina estatal de Medicaid (para pedir solicitudes).
- **Ayuda para el costo compartido de las recetas de las personas con VIH o sida.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos de participación en el programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos contra el virus que salvan la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en su estado, su estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. El medicamentos con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el programa ADAP, califican para recibir asistencia con el costo compartido a través del programa ADAP de su estado. Para obtener más información acerca del criterio de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o para saber cómo inscribirse en el programa, llame al programa ADAP de su estado. Puede encontrar la información necesaria para comunicarse con el programa ADAP de su estado en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

## Sección 6: ¿Preguntas?

### SECCIÓN 6.1: Cómo obtener asistencia de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP)

---

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Servicio al Cliente al 1-866-480-1086. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratis.

#### **Lea la Evidencia de Cobertura 2018 (contiene los detalles de los beneficios y costos para el próximo año)**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios en los beneficios y costos para el año 2018. Para más detalles, consulte la **Evidencia de Cobertura 2018** del UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta que están cubiertos. El **Aviso Anual de Cambios** incluye una copia de la **Evidencia de Cobertura**.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar el sitio web en [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más reciente de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra Lista de Medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de Medicamentos).

### SECCIÓN 6.2: Cómo obtener asistencia de Medicare

---

Para obtener información directamente de Medicare:

#### **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

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.

#### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que pueda comparar los planes de salud de Medicare. Use el Buscador de Planes Medicare en el sitio web de Medicare para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://es.medicare.gov> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.)

### **Lea Medicare y Usted 2018**

Puede leer el manual **Medicare y Usted 2018**. Esta guía se envía por correo en el otoño de cada año a las personas que tienen Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y contiene respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

### **SECCIÓN 6.3: Cómo obtener asistencia de Medicaid**

---

Para obtener información de Georgia Department of Community Health (Medicaid), puede llamar a Georgia Department of Community Health (Medicaid) al 1-404-656-4507. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



**UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS SNP) Servicio al Cliente:**

Llame al **1-866-480-1086**

Las llamadas a este número son gratis de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratis de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

---

**TTY 711**

Las llamadas a este número son gratis de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

---

Escriba a P.O. Box 29675  
Hot Springs, AR 71903-9675

---

Sitio web **[www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com)**