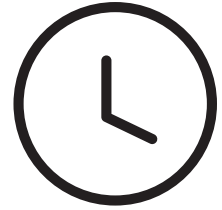


# AVISO ANUAL DE CAMBIOS 2020



## Cambios importantes en su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP)



Llamada gratuita **1-844-368-7151**, TTY **711**

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



**[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 2020



Actualmente está inscrito como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO 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 2 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 que tiene otro costo compartido?
  - ¿Tiene nuevas 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 una farmacia en particular?
  - Consulte la Sección 2.6 de la Lista de Medicamentos 2020 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
  - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajos que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos de su bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas indican qué fabricantes han aumentado sus

precios y, además, muestran información adicional sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga presente que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Compruebe que sus médicos y demás proveedores de servicios médicos continúen en nuestra red el próximo año.
  - ¿Están sus médicos, incluso los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
  - ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores de servicios médicos que usted usa?
  - Consulte la Sección 2.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de Proveedores.
- Considere los costos generales del cuidado de su salud.
  - ¿Cuáles serán los 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 de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Pregúntese 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 3.2 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 SNP), no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP).
- Si desea cambiarse a otro plan que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de sus opciones.

**4. INSCRÍBASE:** Si desea cambiar de plan, puede inscribirse al otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre** de **2019**

- Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2019**, usted seguirá inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP).
- Si **se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2020.

**Recursos adicionales**

- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-844-368-7151 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.
- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-844-368-7151 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre
- 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 1-844-368-7151, TTY: 711 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre, para obtener información adicional.
- **La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC)**, además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección del Paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Para más información, consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS): <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

**Información sobre UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-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 Virginia 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 D-SNP).

## Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2019 con los del año 2020 del UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP). **Tenga presente que este es solamente un resumen de cambios.** Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web: [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**. Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted paga \$0 de deducible por las visitas al consultorio médico y estancias en el hospital como paciente hospitalizado.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Prima mensual del plan *</b></p> <p>*Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 2.1 para obtener más información).</p>	\$0	\$0
<p><b>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo</b></p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba .</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba .</p>
<p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita.</p>

<b>Costos</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<p><b>Estadía en el hospital como paciente hospitalizado</b></p> <p>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalarios. El cuidado 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 \$0 de copago por cada estadía en el hospital por un número de días ilimitado cubierta por Medicare.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado .</p>
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b></p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener más información).</p>	<p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), entonces, 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><input type="checkbox"/> \$0, o bien</li> <li><input type="checkbox"/> \$85</li> </ul> <p>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$1.25 de copago o</li> </ul>	<p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Department of Medical Assistance Services (Medicaid),, entonces, 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><input type="checkbox"/> \$0 o</li> <li><input type="checkbox"/> \$89</li> </ul> <p>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$1.30 de copago o</li> </ul>

<b>Costos</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$3.40 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$5,100, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.40 de copago</li> </ul> <p>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.80 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$8.50 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$5,100, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$8.50 de copago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$3.60 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$6,350, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.60 de copago</li> </ul> <p>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$3.90 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$8.95 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> 15% del costo total</li> </ul> <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$6,350, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> \$0 de copago o</li> <li><input type="checkbox"/> \$8.95 de copago</li> </ul>
	<p><b>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare, que ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta</b></p>	
	<p>Deducible: \$415                  Usted paga 25% del costo total.</p>	<p>Deducible: \$435                  You pay 25% del costo total.</p>

## Aviso Anual de Cambios para 2020

### Índice

<b>Resumen de costos importantes para 2020.....</b>	<b>5</b>
<b>Sección 1: Cambio del nombre del plan.....</b>	<b>9</b>
<b>Sección 2: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....</b>	<b>9</b>
Sección 2.1: Cambios a la prima mensual.....	9
Sección 2.2: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo.....	9
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores.....	10
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias.....	11
Sección 2.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	17
<b>Sección 3: Cómo decidir qué plan elegir.....</b>	<b>22</b>
Sección 3.1: Si desea seguir en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP).....	22
Sección 3.2: Si decide cambiar de plan.....	22
<b>Sección 4: Cambiar de plan.....</b>	<b>23</b>
<b>Sección 5: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid....</b>	<b>24</b>
<b>Sección 6: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.</b>	<b>24</b>
<b>Sección 7: ¿Preguntas?.....</b>	<b>25</b>
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP).....	25
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda del Medicaid.....	26



## Sección 1: Cambio del nombre del plan

El 1 de enero de 2020, el nombre de nuestro plan cambiará de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO SNP) a UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP).

Le mandaremos por correo una nueva tarjeta de ID del miembro. Si tiene alguna pregunta o si su tarjeta de ID del miembro se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a nuestro Servicio al Cliente al 1-844-368-7151 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

## Sección 2: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

### SECCIÓN 2.1: Cambios a la prima mensual

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted.)	\$0	\$0

### SECCIÓN 2.2: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de “gasto de su bolsillo” durante el año. Este límite se le conoce como “cantidad máxima de gasto de su bolsillo”. Una vez que alcanza esa cantidad, generalmente usted no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B que reciba durante el resto del año.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo</b></p> <p>Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), rara vez alguno de ellos alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>

## SECCIÓN 2.3: 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. **Consulte el Directorio de Proveedores del año 2020 para ver si sus proveedores de servicios (su 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, tenemos el deber de ofrecerle 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 2.4: Cambios en la red de farmacias

---

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas tienen cobertura **solo** si las surte en una farmacia de nuestra 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 las farmacias o para pedir el envío postal de un Directorio de Farmacias. **Consulte el Directorio de Farmacias 2020 para encontrar farmacias de nuestra red.**

## SECCIÓN 2.5: 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 está siendo modificada para el próximo año. La información que aparece más abajo describe esos cambios. Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted), en su Evidencia de Cobertura del año **2020**. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web:

www.UHCCommunityPlan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted paga \$0 de copago.

<b>Costos</b>	<b>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<b>Examen médico de rutina anual</b>	Este servicio está disponible sin ningún costo adicional, a través de una red de proveedores, como parte de su plan de cuidados.	Aquí tiene un beneficio del plan sin ningún costo adicional.
<b>Autorización</b>	No se requiere preautorización.	Su proveedor debe obtener una preautorización para algunos servicios. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.
<b>Tarjeta de débito para productos de venta sin receta</b>	\$75 de crédito por trimestre. La cantidad acreditada que tenga vence al final del año.	\$250 de crédito por trimestre. La cantidad acreditada que tenga vence al final del año.

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>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<p><b>Servicios dentales</b> Servicios dentales preventivos e integrales</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales integrales que tienen cobertura.</p> <p>Tiene cobertura por hasta \$2,500 por año.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura, incluso, exámenes, limpiezas, radiografías y fluoruro.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales integrales que tienen cobertura.</p> <p>Tiene cobertura por hasta \$3,000 por año.</p> <p>La lista de los servicios cubiertos por su plan ha cambiado, consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista completa de los servicios cubiertos.</p>
<p><b>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</b></p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Cubrimos solamente las marcas ACCU-CHEK® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva y ACCU-CHEK®</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio® Flex, Accu-Chek® Guide Me, Accu-Chek® Guide y Accu-Chek® Aviva Plus. Tiras para medir la glucosa:</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**.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Nano SmartView. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® SmartView y OneTouch Ultra®. Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que nuestro plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.	OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus, Accu-Chek® SmartView y Accu-Chek® Compact Plus. Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que nuestro plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.

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	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Programa de acondicionamiento físico</b></p>	<p>Membresía en el programa de acondicionamiento físico SilverSneakers® en centros de acondicionamiento físico que son parte de la red. No hay ningún cargo por visitas o por uso si su membresía es básica y si usted utiliza proveedores de servicios que son parte de la red.</p>	<p>Renew Active™ es un programa de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>□ Acceso a membresía estándar en centros de acondicionamiento físico participantes</li> <li>□ Ejercicios y actividades de agudeza mental por Internet</li> <li>□ Una orientación de acondicionamiento físico en persona</li> </ul> <p>No hay ningún cargo por visitas o por uso si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de servicios que son parte de la red.</p> <p>Además, este beneficio le permite acceder (cada 2 años y sin ningún costo adicional) a un dispositivo Fitbit® que registra sus actividades físicas. Este dispositivo puede ayudarle a mejorar su salud o mantenerse</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>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
		saludable ya que registra su actividad física y sus ejercicios. Este beneficio incluye cobertura para ciertos modelos. Para obtener más información, visite <a href="http://www.fitbit.com/store/UHC">www.fitbit.com/store/UHC</a> .
<b>Beneficio de productos para la salud</b>	El crédito trimestral es de \$200. La cantidad acreditada que tenga vence al final del año.	El crédito trimestral es de \$250. La cantidad acreditada que tenga vence al final del año.
<b>Servicios para la audición</b> Aparatos auditivos	Usted recibe un crédito de \$2,500 para aparatos auditivos cada 2 años.	Usted recibe un crédito de \$2,500 para aparatos auditivos a través de UnitedHealthcare Hearing cada 2 años. EPIC Hearing Health Care y hi HealthInnovations® se han fusionado para formar UnitedHealthcare Hearing.
<b>Beneficio de comidas</b>	Usted paga \$0 de copago por hasta 14 comidas para 7 días, una vez por año.	Usted paga \$0 de copago por hasta 28 comidas para 14 días, una vez por año.
<b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos</b>	<u>Sin</u> cobertura.	Usted paga \$0 de copago. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.

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>2019 (este año)</b>	<b>2020 (próximo año)</b>
<b>Transporte (de rutina adicional)</b>	\$0 de copago por 48 viajes en una sola dirección por cada año calendario.	\$0 de copago por un número ilimitado de viajes en una sola dirección por cada calendario, incluso viajes al gimnasio.

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 2.6: 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 (u otro profesional que receta) sobre cómo solicitar al plan** que haga una excepción y cubra el medicamento.
  - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura (Qué debe 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 a otro profesional autorizado para recetar medicamentos) para encontrar un medicamento diferente** que sí tenga cobertura. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos que tratan la misma condición médica y que sí tienen cobertura.

A fin de evitar una interrupción en la terapia, en algunos casos se nos exige que cubramos, en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía, un suministro temporal de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos (Formulario) o que tiene restricciones de algún tipo. (Si desea saber cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo

solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar a otro medicamento que sí esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que está usando.

Si obtuvo autorización para una excepción de la Lista de Medicamentos (Formulario) este año, refiérase a la carta de autorización que indica la fecha de vencimiento de la autorización. Una vez pasada la fecha de vencimiento que indica la carta de autorización, es posible que necesite 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.

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, es posible que durante el año hagamos otros cambios que son permitidos por las reglas de Medicare.

Cuando hagamos estos cambios a la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro profesional autorizado para recetar medicamentos) para pedirnos que hagamos una excepción para cubrir su medicamento. Continuaremos actualizando de manera programada nuestra Lista de Medicamentos en Internet y proporcionaremos cualquier otra información necesaria que identifique los cambios en los medicamentos. (Consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre los posibles cambios que hagamos a la Lista de Medicamentos).

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

**Nota:** Si está inscrito 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 la Evidencia de Cobertura para quienes reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Como recibe el programa Ayuda Adicional, recibirá la "Cláusula Adicional LIS" a más tardar el 30 de septiembre de 2019. Si no la recibe, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula Adicional LIS (“LIS Rider”). Los números de teléfono del Servicio al Cliente están en la Sección 7.1 de esta guía.

Las “etapas de pago de medicamentos” son cuatro. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago en que se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura** para obtener más información sobre las etapas).

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: 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**, disponible en Internet en [www.UHCCommunityPlan.com](http://www.UHCCommunityPlan.com). Usted también puede llamar a Servicio al Cliente para que le enviemos una copia de la **Evidencia de Cobertura**).

### Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 1: Etapa de deducible anual</b> En esta etapa usted paga el costo <b>total de los medicamentos</b> en el de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0 o de \$85 , 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 \$415.</p>	<p>Su deducible es de \$0 o de \$89, según sea el nivel del programa “Ayuda Adicional” que recibe. (Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional LIS”, para saber cuál es su deducible).</p> <p>Si no cumple los requisitos del programa “Ayuda Adicional” de Medicare, que ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta, su deducible es \$435.</p>

### Cambios al 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	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p>	<p>Su costo por el</p>	<p>Su costo por el</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted 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 estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas mediante el servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <b>Evidencia de Cobertura.</b></p>	<p>suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</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 Department of Medical Assistance Services (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>• \$3.40 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 Department of Medical Assistance Services (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado</p>	<p>suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</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 Department of Medical Assistance Services (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>• \$1.30 de copago o</li> <li>• \$3.60 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 Department of Medical Assistance Services (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.80 de copago o</li> <li>• \$8.50 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul>	institucional, usted paga una de las siguientes cantidades: <ul style="list-style-type: none"> <li>• \$0 de copago o</li> <li>• \$3.90 de copago o</li> <li>• \$8.95 de copago o</li> <li>• 15% del costo total</li> </ul>
<p><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>		
	<p><b>Para todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Usted paga 25% del costo total</p>	<p><b>Para todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p>Usted paga 25% del costo total</p>
	<p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,820, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p>	<p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,020, 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**

La Etapa sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores son otras dos etapas de la cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llega a ninguna de esas etapas.**

Para obtener información sobre los costos que le corresponden a usted en estas etapas, consulte su Resumen de Beneficios o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**.

## Sección 3: Cómo decidir qué plan elegir

### SECCIÓN 3.1: Si desea seguir en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP)

---

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** Pero, si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2020.

### SECCIÓN 3.2: 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 2020, siga estos pasos:

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

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- O bien**, usted puede cambiarse a Medicare Original cuando lo desee. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

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 2020**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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 D-SNP).

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en ese plan de medicamentos nuevo. Se le dará de baja automáticamente de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-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 7.1 de esta guía).
  - – o – Llame a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 4: Cambiar de plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan o a un plan Medicare Original, podrá hacerlo a partir de este momento y hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

### ¿Se pueden hacer cambios en otras fechas del año?

En ciertos casos, se permite hacer cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, es posible que se les permita hacer cambios durante otros períodos del año a las personas que tienen Medicaid, a las personas que reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, a las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, a las personas que se trasladan fuera del área de servicio del plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2020, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10, de la **Evidencia de Cobertura**.

## Sección 5: 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 Virginia, el programa SHIP se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP).

Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) 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 Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) 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 Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) al 1-800-552-3402.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios Department of Medical Assistance Services, comuníquese con Department of Medical Assistance Services, al 1-804-786-7933, 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, hora del Este. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte cómo afecta la manera en que obtiene su cobertura de Department of Medical Assistance Services si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare Original.

## Sección 6: 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, 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - También puede llamar a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, 7 a.m. a 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 de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Virginia tiene un programa denominado Virginia AIDS Drug Assistance Program (ADAP) que ayuda a la gente a pagar sus medicamentos con receta basado en su necesidad financiera, edad o condición de salud. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el nombre y los teléfonos de esta organización se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2, de su **Evidencia de Cobertura**).
- **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 medicamento 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 7: ¿Preguntas?

### SECCIÓN 7.1: Cómo obtener ayuda del plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP)

---

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Servicio al Cliente al 1-844-368-7151. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratis.

**Le recomendamos leer su Evidencia de Cobertura 2020 (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2020. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2020** del plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-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. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web: [www.UHCCCommunityPlan.com](http://www.UHCCCommunityPlan.com). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una 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) .

## SECCIÓN 7.2: Cómo obtener ayuda 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), 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 2020

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2020**. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en 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), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 7.3: Cómo obtener ayuda del Medicaid

---

Para obtener información de Department of Medical Assistance Services (Medicaid), puede llamar a Department of Medical Assistance Services (Medicaid) al 1-804-786-7933. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.



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

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

Las llamadas a este número son gratis 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. 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 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

---

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

---

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