

Aviso Anual de Cambios 2021

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP)



Llamada gratuita: 1-800-514-4911, TTY **711**

De 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

¿Tenemos su dirección correcta?

Si no es así, infórmenos para que reciba toda la información del plan.



Conozca las novedades de su plan para el próximo año

Este aviso proporciona información sobre las novedades de su plan, pero no incluye todos los detalles. En todo este aviso, se le dirigirá a www.UHCCommunityPlan.com para revisar los detalles en Internet. Todos estos documentos estarán disponibles en Internet para el 15 de octubre de 2020.

Directorio de Proveedores y Farmacias

Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2021 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (su proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) y farmacias estén en la red el próximo año.

Lista de Medicamentos (Formulario)

Revise la Lista de Medicamentos 2021 para conocer las nuevas restricciones y para asegurarse de que los medicamentos que toma estén cubiertos el próximo año. La Lista de Medicamentos es una lista completa de los medicamentos cubiertos por su plan.

Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)** 2021 para saber exactamente qué cubre su plan y otros detalles. La Evidencia de Cobertura es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. También tiene información sobre el Programa para el Mejoramiento de la Calidad, cómo se toman las decisiones sobre cobertura médica y sus Derechos y Responsabilidades como miembro.

¿Preferiría recibir copias en papel?

Si desea una copia en papel de cualquiera de los documentos indicados anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-800-514-4911 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP) ofrecido por UnitedHealthcare.

Aviso Anual de Cambios para el Año 2021



Actualmente, está inscrito como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete ONE (HMO D-SNP).

El próximo año, habrá algunos cambios en los beneficios del plan. Esta guía indica los cambios.

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios en nuestros beneficios para saber si le afectan.
 - Es importante revisar 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 en los beneficios de nuestro plan.
- Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Tiene nuevas restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
 - ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias?
 - Consulte la Sección 1.6 de la Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) 2021 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, 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 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores y Farmacias.
- Pregúntese si está conforme con nuestro plan.
 - ¿Cuáles son los costos totales de su plan en comparación con otras opciones de cobertura de Medicare?

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted reside.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista que aparece en la contraportada del manual Medicare y Usted.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información sobre 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® ONE (HMO D-SNP), no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-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 3.2, página 14, para obtener más información sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Si desea cambiarse de plan, puede inscribirse al otro plan entre el **15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**

- Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2020**, usted seguirá inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete ONE (HMO D-SNP),
- Si **se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos Adicionales

- Este documento está disponible sin costo en español. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-514-4911 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario de atención es de 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.
- This document is available for free in Spanish. Please contact our Customer Service number at 1-800-514-4911, for additional information. (TTY users should call 711.) Hours are 8am-8pm: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.
- Es posible que este documento esté disponible en un formato alternativo, como braille, en letras grandes o en audio. Para obtener más información, comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-800-514-4911, TTY: 711, de 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.
- **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 al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/spanish/disposiciones-tributarias-de-la-ley-de-cuidado-de-salud-a-bajo-precio-para-personas-fisicas-y-familias> para obtener más información.

Información sobre UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP)

- UnitedHealthcare Dual Complete ONE (HMO D-SNP) es un plan Medicare Advantage para Personas con Necesidades Especiales que tienen Elegibilidad Doble. El plan tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Medicaid en New Jersey. La inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete ONE depende de la renovación del contrato.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta guía, se refieren a UnitedHealthcare o a una de sus afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP).
- Los miembros deben usar los proveedores, las farmacias y los proveedores de equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) de la red del plan; además deben seguir las reglas sobre el uso de referencias.
- Los miembros serán inscritos en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare del plan, y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otra cobertura de Medicare Advantage o de medicamentos con receta de la Parte D de Medicare.

Resumen de Costos Importantes para el Año 2021

La siguiente tabla compara, en varias áreas importantes, los costos del año 2020 con los costos del año 2021 del plan UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.

| Costos | 2020 (Este año) | 2021 (Próximo año) |
|--|---|---|
| Prima Mensual del Plan | \$0 de prima | \$0 de prima |
| Visitas al Consultorio Médico | Visitas con el proveedor de cuidado primario: \$0 por visita Visitas con un especialista: \$0 por visita | Visitas con el proveedor de cuidado primario: \$0 por visita Visitas con un especialista: \$0 por visita |
| Estadía en el Hospital como Paciente Hospitalizado Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados comienza el mismo día en que usted es admitido formalmente en el hospital con la orden de un médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado. | \$0 de copago por admisión. | \$0 de copago por admisión. |
| Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información.) | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. | Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. |
| Máximo de gastos de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.) | \$0 | \$0 |

Aviso Anual de Cambios para el Año 2021

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen de Costos Importantes para el Año 2021 | 6 |
| SECCIÓN 1: Cambios en los Beneficios para el Próximo Año | 8 |
| Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual..... | 8 |
| Sección 1.2 Cambios en el Máximo de Gastos de su Bolsillo | 8 |
| Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores | 8 |
| Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias | 9 |
| Sección 1.5 Cambios en los Beneficios | 9 |
| Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D..... | 12 |
| SECCIÓN 2: Cambios Administrativos | 13 |
| SECCIÓN 3: Cómo Decidir Qué Plan Elegir | 13 |
| Sección 3.1 Si desea seguir en UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP) | 13 |
| Sección 3.2 Si decide cambiar de plan..... | 14 |
| SECCIÓN 4: Cambiar de Plan | 14 |
| SECCIÓN 5: Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid | 15 |
| SECCIÓN 6: ¿Tiene preguntas? | 15 |
| Sección 6.1 Cómo Obtener Ayuda de UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP) | 15 |
| Sección 6.2 Cómo Obtener Ayuda de Medicare | 16 |
| Sección 6.3 Cómo Obtener Ayuda de Medicaid | 16 |

Sección 1: Cambios en los Beneficios para el Próximo Año

SECCIÓN 1.1 Cambios en la Prima Mensual

| Costos | 2020 (Este año) | 2021 (Próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| Prima Mensual del Plan (Medicaid paga la prima de la Parte B de Medicare por usted.) | \$0 de Prima | \$0 de Prima |

SECCIÓN 1.2 Cambios en el Máximo de Gastos de su Bolsillo

Para su protección, Medicare requiere que todos los planes de salud limiten cuánto paga “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “máximo de gastos de su bolsillo”. Una vez que alcanza este máximo, generalmente no paga nada por los servicios cubiertos durante el resto del año.

| Costos | 2020 (Este año) | 2021 (Próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Máximo de gastos de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. | \$0 | \$0 |

SECCIÓN 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**. **Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias 2021 para saber si sus proveedores (su proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) y farmacias están en nuestra red.**

Tenga en cuenta que, durante el año, podemos hacer cambios en nuestra red de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan. Existen diversas razones por las que su proveedor podría dejar de ser parte de su plan, por eso, si su médico o especialista deja el plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, tenemos el deber de ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para avisarle al menos 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan para que usted tenga el tiempo para elegir un nuevo proveedor.

- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para seguir atendiendo sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está bajo un tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no está siendo administrado adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado. Según el tipo de cuidado que esté recibiendo, es posible que pueda continuar recibiendo cuidado de su proveedor durante un cierto período de tiempo.

SECCIÓN 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura **solamente** si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un **Directorio de Proveedores y Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de las farmacias o para pedir que se le envíe por correo un **Directorio de Proveedores y Farmacias**. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias 2021 para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

SECCIÓN 1.5 Cambios en los Beneficios

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

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos está siendo modificada para el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura de estos servicios, consulte el Capítulo 4, **Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan), en su Evidencia de Cobertura 2021**. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.

| Beneficios | 2020 (Este año) | 2021 (Próximo año) |
|--|---|---|
| Suministros para la Diabetes | <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>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: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus, Accu-Chek® SmartView y Accu-Chek® Compact Plus.</p> <p>No se cubren otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.</p> | <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>No se cubren otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.</p> |
| Catálogo Médico de FirstLine | \$225 de crédito trimestral. Sus créditos vencen al final de año. | <u>Sin</u> cobertura |
| Beneficio de Alimentos Saludables | <u>Sin</u> cobertura | \$50 de crédito por mes para la compra de alimentos saludables tales como verduras, frutas, pan, arroz, leche y más. Puede usar su tarjeta de débito en tiendas minoristas de la red. Sus créditos vencen a final de mes. |

| Beneficios | 2020 (Este año) | 2021 (Próximo año) |
|---|--|--|
| Medicamentos con Receta de la Parte B de Medicare — Terapia Escalonada | Es posible que tenga que probar otro medicamento eficaz que trate la misma condición médica antes de que el plan cubra su medicamento. | No corresponde. |
| Tarjeta de Débito para Productos de Venta Sin Receta | \$300 de crédito trimestral. Máximo de \$1200 por año; dependiendo de cuándo se inscriba. | \$450 de crédito trimestral. Sus créditos vencen al final de año. Puede usar su tarjeta de débito en las tiendas minoristas de la red o realizar un pedido por Internet, por teléfono o por correo a través del Catálogo de Productos Selectos+ de FirstLine que se le enviará. |
| Autorización | Su proveedor debe obtener una preautorización para algunos servicios. Sus requisitos de preautorización incluyen todos los servicios cubiertos por Medicare, excepto: Cuidado de Emergencia, Servicios Requeridos de Urgencia, Servicios de Ambulancia en Casos que No son de Emergencia, Servicios del Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos y Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare. | Los servicios para los que su proveedor debe obtener una preautorización han cambiado. Sus requisitos de preautorización incluyen todos los servicios cubiertos por Medicare, excepto: Cuidado de Emergencia, Servicios Requeridos de Urgencia, Servicios de Ambulancia en Casos que No son de Emergencia, Servicios Preventivos Cubiertos por Medicare y Servicios de Telesalud Adicionales Cubiertos por Medicare. |
| Programa Solutions for Caregivers | Con cobertura | <u>Sin</u> cobertura |
| Visitas Virtuales de Salud Mental | <u>Sin</u> cobertura | Usted paga \$0 de copago. |

SECCIÓN 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Se proporciona una copia de nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) electrónicamente.

Hicimos cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluso cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se 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 saber 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 8 de su **Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])** o llame a Servicio al Cliente.
- **Consulte a su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

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 el medicamento por otro cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si obtuvo aprobación para una excepción al Formulario este año, refiérase a la carta de aprobación que indica la fecha de vencimiento de su aprobación. Si su aprobación vence el 31 de diciembre de 2020, tendrá que obtener una nueva aprobación para seguir recibiendo su medicamento en el año 2021, siempre y cuando el medicamento todavía requiera una excepción y si usted y su médico consideran que es necesario. **Las excepciones que haya recibido en el año 2020 no están garantizadas para el año 2021.**

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 en la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede hablar con su médico (u otro profesional que receta) para pedirnos que hagamos una excepción para cubrir su medicamento. Seguiremos 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 en 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, **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso.**

Sección 2: Cambios Administrativos

| Descripción | 2020 (Este año) | 2021 (Próximo año) |
|---|--|---|
| <p>En el 2021, cambiarán los procesos de apelación y queja formal.</p> | <p>En el 2020, hay dos tipos de quejas formales: de Medicare y de Medicaid.</p> <p>Hay tres tipos de apelaciones (apelaciones iniciales, presentadas ante nuestro plan). Dependiendo del tipo de servicio, una denegación y apelación pueden ser solo de Medicare, solo de Medicaid o integradas (Medicare y Medicaid).</p> <p>Para obtener más información sobre quejas formales o apelaciones, consulte el Capítulo 8 de su Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) o llame a Servicio al Cliente.</p> | <p>En el 2021, todas las quejas formales se tramitarán de la misma manera y seguirán las mismas reglas. No se separarán en quejas formales de Medicare o de Medicaid.</p> <p>Solo habrá un tipo de apelación, independientemente del tipo de servicio. Todas las denegaciones y apelaciones tomarán en consideración las reglas de cobertura de Medicare y Medicaid.</p> <p>Para obtener más información sobre quejas formales o apelaciones, consulte el Capítulo 8 de su Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]) o llame a Servicio al Cliente.</p> |

Sección 3: Cómo Decidir Qué Plan Elegir

SECCIÓN 3.1 Si desea seguir en UnitedHealthcare® Dual Complete ONE (HMO D-SNP)

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. 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 2021.

SECCIÓN 3.2 Si decide cambiar de plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año del plan, pero si decide cambiar de plan para el año 2021 siga estos pasos:

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare.
- — **O** — Usted puede cambiarse a Medicare Original. 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 2021**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) 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 www.medicare.gov/plan-compare. **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

Para cambiarse a **un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (HMO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de esta guía).
 - — **O** — Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. 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 medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirle 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 Medicare Original, podrá hacerlo del 15 de octubre al 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2021.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos 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 mudan fuera del área de servicio del plan.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2021, y no le agrada el plan que eligió, 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 2021. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 9 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 del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En New Jersey, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (SHIP).

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Salud es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre el seguro de salud a los beneficiarios de Medicare. Los asesores del programa pueden ayudarle a responder sus preguntas o resolver problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud al 1-800-792-8820. Puede obtener más información sobre el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud si visita su sitio web (<http://www.state.nj.us/humanservices/doas/services/ship/>).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de NJ FamilyCare (Medicaid), comuníquese gratis con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-356-1561 (TTY 711), de 8:30 a.m. a 4:45 p.m., hora local, de lunes a viernes. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene del programa NJ FamilyCare (Medicaid).

Sección 6: ¿Tiene preguntas?

SECCIÓN 6.1 **Cómo Obtener Ayuda de UnitedHealthcare® Dual Complete ONE (HMO D-SNP)**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-514-4911. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: de 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 gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura 2021 (contiene información detallada de los beneficios para el próximo año)

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los beneficios para el año 2021. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2021** del plan UnitedHealthcare Dual Complete® ONE (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 reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.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 nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (**Directorio de Proveedores y Farmacias**) y de nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (**Formulario o Lista de Medicamentos**).

SECCIÓN 6.2 Cómo Obtener Ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Puede llamar 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 de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre los planes, visite www.medicare.gov/plan-compare.)

Lea Medicare y Usted 2021

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2021**. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo 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 Ayuda de Medicaid

Para obtener información de NJ FamilyCare (Medicaid), puede llamar a la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud al 1-800-356-1561. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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



Llame al **1-800-514-4911**

Las llamadas a este número son gratuitas. De 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 gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas. De 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 **UnitedHealthcare Customer Service**
PO Box 30769
Salt Lake City, UT 84130-0769



Sitio web **www.UHCCommunityPlan.com**