



**Plan Medicare Advantage  
con cobertura de  
medicamentos con receta**

# **Aviso anual de cambios 2022**

**UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)**



**Llamada gratuita 1-866-842-4968, 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.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan)**

**¿Tenemos su dirección correcta?**

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

# **United Healthcare**

# Encuentre las actualizaciones de su plan para el próximo año

Este aviso le proporciona información sobre las actualizaciones de su plan, pero tenga en cuenta que no incluye todos los detalles. En este aviso usted será dirigido a [www.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan) para revisar los detalles en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2021**.

## Directorio de Proveedores

Revise el Directorio de Proveedores 2022 en Internet para asegurarse de que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.

## Directorio de Farmacias

Revise el Directorio de Farmacias 2022 en Internet para saber qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

## Lista de Medicamentos (Formulario)

Puede buscar los medicamentos que estarán cubiertos por su plan el próximo año y revisar cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

## Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2022 para obtener información detallada de los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus Derechos y Responsabilidades como miembro.

## ¿Prefiere recibir copias impresas?

Si desea una copia impresa de todo lo indicado anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 (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.

## ¿Prefiere recibir menos papel?

Simplifique su vida con la entrega de los materiales del plan por Internet. Puede acceder de manera segura a los documentos de su plan en Internet, en cualquier momento y en cualquier lugar. Regístrese en [www.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan) para inscribirse hoy mismo a la entrega de materiales por Internet.

# Aviso anual de cambios para 2022



Actualmente está inscrito como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-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 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 y los costos 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?
  - ¿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 1.6 de la Lista de Medicamentos 2022 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 bajo 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 [es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](https://es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage), y haga clic en el enlace “tableros de control” que aparece en el medio de la segunda Nota en la parte de abajo de la página. Estos tableros indican qué fabricantes han aumentado sus precios y, además, muestran información

adicional sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- Compruebe que sus médicos y demás proveedores sean parte de 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 que usted usa?
  - Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre 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 planes

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted vive.
  - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare).
  - Revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2022.
  - Consulte la Sección 2.2 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 no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2021, usted será inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO 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 2 para obtener más información sobre 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 **2021**

- Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2021**, usted será inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP).

- Si se **inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2022. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

## Recursos Adicionales

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-842-4968 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.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-842-4968 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8am-8pm: 7 Days Oct-Mar; M-F Apr-Sept.
- **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 [www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

## Acerca de UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)

- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Florida Medicaid para coordinar los beneficios que recibe de Medicaid.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta guía, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP).

## Resumen de costos importantes para el año 2022

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2021 con los del año 2022 del plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO 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.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**. Si usted 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 estadías en el hospital como paciente hospitalizado.

| Costos  | 2021 (este año)  | 2022 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <b>Prima Mensual del Plan *</b><br>*Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).  | \$30.80  | \$34.30  |
| <b>Deducible Médico Anual</b>   | Para el año 2021, su plan tiene un deducible de \$198 de manera combinada dentro y fuera de la red.    | Para el año 2022, su plan tendrá un deducible de \$203 de manera combinada, dentro y fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura. |
| <b>Máximos de gastos de su bolsillo</b><br>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 1.2 para obtener más información.) | De proveedores de la red: \$7,550<br><br>De proveedores dentro y fuera de la red, combinados: \$11,300 | De proveedores de la red: \$7,550<br><br>De proveedores dentro y fuera de la red, combinados: \$11,300   |



**¿Tiene preguntas?** Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-842-4968**, 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

| Costos   | 2021 (este año)  | 2022 (próximo año)   |
|--|--|--|
|  | <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>   | <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>   |
| <p><b>Visitas al consultorio médico</b></p>  | <p>Visitas con el proveedor de cuidado primario:<br/>Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista:<br/>Usted paga \$0 de copago a 20% del costo total por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> | <p>Visitas con el proveedor de cuidado primario:<br/>Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista:<br/>Usted paga \$0 de copago a 20% del costo total por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 40% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p> |
| <p><b>Estadías en el hospital como paciente hospitalizado</b><br/>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados,</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía, hasta \$1,400 de copago por cada estadía en el</p>   | <p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía, hasta \$1,480 de copago (o la cantidad indicada de</p>   |



**¿Tiene preguntas?** Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-842-4968**, 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

| <b>Costos</b>   | <b>2021 (este año)</b>   | <b>2022 (próximo año)</b>   |
|---|--|---|
| <p>rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios 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>hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 40% del costo total por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).</p> | <p>Medicare Original para el año 2022, lo que sea menor) por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 40% del costo total por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).</p> |
| <p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b><br/>(Consulte la Sección 1.6 para obtener más información.)</p>  | <p>Deducible:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0</p> <p>Por todos los medicamentos cubiertos:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p>   | <p>Deducible:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0</p> <p>Por todos los medicamentos cubiertos:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p>  |



**¿Tiene preguntas?** Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-842-4968**, 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



# Aviso anual de cambios para 2022

## Índice

|  |   |           |
|--|---|-----------|
| <b>Resumen de costos importantes para el año 2022.....</b> |   | <b>6</b>  |
| <b>Sección 1</b>   | <b>Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....</b>                            | <b>10</b> |
|  | Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....   | 10        |
|  | Sección 1.2: Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo.....                             | 10        |
|  | Sección 1.3: Cambios en la Red de Proveedores.....  | 12        |
|  | Sección 1.4: Cambios en la Red de Farmacias.....  | 13        |
|  | Sección 1.5: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....                 | 13        |
|  | Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D<br>.....        | 22        |
| <b>Sección 2</b>   | <b>Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....</b>  | <b>25</b> |
|  | Sección 2.1: Si desea seguir en UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP).....       | 25        |
|  | Sección 2.2: Si Decide Cambiar de Plan.....   | 25        |
| <b>Sección 3</b>   | <b>Cambiar de Plan.....</b>   | <b>26</b> |
| <b>Sección 4</b>   | <b>Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid..</b>               | <b>26</b> |
| <b>Sección 5</b>   | <b>Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....</b>                          | <b>27</b> |
| <b>Sección 6</b>   | <b>¿Tiene preguntas?.....</b>   | <b>28</b> |
|  | Sección 6.1: Cómo Obtener Ayuda de UnitedHealthcare Dual Complete® Choice<br>(PPO D-SNP)..... | 28        |
|  | Sección 6.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....  | 28        |
|  | Sección 6.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid.....  | 29        |

## Sección 1 Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año

### Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual

| Costos   | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| <b>Prima mensual</b><br>(Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid.) | \$30.80         | \$34.30            |

### Sección 1.2 Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo

Para su protección, Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de “gastos de su bolsillo” durante el año. A estos límites se les llama “máximos de gastos de su bolsillo”. Una vez que alcance ese máximo, generalmente usted no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año.

| Costos  | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <b>Máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red</b><br><br>Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), rara vez alguno de ellos alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.<br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. | \$7,550<br><br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, 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.<br><br>Una vez que haya pagado \$7,550 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y | \$7,550<br><br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, 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.<br><br>Una vez que haya pagado \$7,550 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y |

| <b>Costos</b>  | <b>2021 (este año)</b>  | <b>2022 (próximo año)</b>   |
|--|---|---|
| <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) que haya recibido de proveedores de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.</p>  | <p>la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>  | <p>la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>  |
| <p><b>Máximo de gastos de su bolsillo combinado</b></p> <p>Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), rara vez alguno de ellos alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar el máximo 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 y deducibles ) que haya recibido de proveedores tanto dentro como fuera de la red se toman en cuenta para</p> | <p>\$11,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$11,300 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores tanto dentro como fuera de la red durante el resto del año calendario.</p> | <p>\$11,300</p> <p>Una vez que haya pagado \$11,300 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores tanto dentro como fuera de la red durante el resto del año calendario.</p> |

| Costos   | 2021 (este año) | 2022 (próximo año) |
|--|-----------------|--------------------|
| alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo combinado. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por servicios médicos. |                 |                    |

### Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Encontrará un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en [www.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan). 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. **Revise el Directorio de Proveedores 2022 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

Tenga en cuenta que, durante el año, podemos hacer cambios en la lista 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 tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y colaboraremos con usted para asegurarnos 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 se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

## **Sección 1.4 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 medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una farmacia de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en [www.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan). 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 Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2022 para saber qué farmacias son parte de 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 en sus beneficios y costos de Medicare.

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos se modificará el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para obtener más información sobre 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 **2022**. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en [www.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan). Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

### **Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos**

Los miembros de nuestro plan con trastornos por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD) pueden obtener cobertura de servicios para tratar trastornos por consumo de opiáceos mediante un Programa de Tratamiento Relacionado con Opiáceos (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:

- Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos.
- Suministro y administración de los medicamentos mediante el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde)
- Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias
- Terapia individual y de grupo
- Pruebas de toxicología
- Actividades de admisión
- Evaluaciones periódicas

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

| Costos  | 2021 (este año)  | 2022 (próximo año)  |
|---|--|---|
| <p><b>Costo compartido de Medicare</b></p> <p>El costo compartido de Medicare incluye copago, coseguro y deducibles.</p> <p>El miembro siempre es responsable del costo compartido de la Parte D.</p> <p>Comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) al 1-888-419-3456 para obtener más información.</p> | <p>En el caso de los servicios cubiertos por Medicare, usted paga:</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid como un Beneficiario calificado de Medicare (QMB).</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid con beneficios completos (pero no es QMB), excepto por servicios que no cubre el programa estatal de Medicaid.</p> <p>Si no recibe beneficios completos de Medicaid o si no es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), debe pagar el costo compartido de Medicare que le corresponde, incluidos copagos, deducibles y coseguros.</p> | <p>En el caso de los servicios cubiertos por Medicare, usted paga:</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid como un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB).</p> <p>\$0 si está inscrito en Medicaid con beneficios completos (pero no es QMB), excepto por servicios que no cubre el programa estatal de Medicaid.</p> <p>Si no recibe beneficios completos de Medicaid o si no es un Beneficiario Calificado de Medicare (QMB), debe pagar el costo compartido de Medicare que le corresponde, incluidos copagos, deducibles y coseguros.</p> <p>Consulte la <b>Evidencia de Cobertura</b> para ver qué beneficios cubre Medicare.</p> |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

| Costos  | 2021 (este año)  | 2022 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <b>Deducible Médico Anual</b>   | <p>Para el año 2021, su plan tiene un deducible de \$198 de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>  | <p>Para el año 2022, su plan tiene un deducible de \$203 de manera combinada, dentro y fuera de la red. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>   |
| <b>Capacitación para el Automanejo de la Diabetes, Servicios y Suministros para la Diabetes</b> | <p>Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una</p> | <p>Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).</p> <p>Cubrimos solamente las marcas Accu-Chek® y OneTouch®.</p> <p>Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio Flex®, OneTouch Verio Reflect®, OneTouch® Verio, OneTouch® Ultra 2, Accu-Chek® Guide Me y Accu-Chek® Guide.</p> <p>Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, OneTouch Ultra®, Accu-Chek® Guide, Accu-Chek® Aviva Plus y Accu-Chek® SmartView.</p> <p>Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que su plan no cubre, le</p> |

| Costos   | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)   |
|--|---|--|
|  | nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.  | conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.   |
| <p><b>Servicios para la audición</b><br/>Aparatos auditivos</p>  | <p>Usted recibe una asignación de \$2,500 para aparatos auditivos, límite de 2 aparatos auditivos cada 2 años (solamente productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país (solamente productos selectos).</p> | <p>Usted recibe una asignación de \$3,600 para aparatos auditivos, límite de 2 aparatos auditivos cada año (solamente productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país (solamente productos selectos).</p> |
| <p><b>Cuidado Hospitalario para Pacientes Hospitalizados</b></p> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía, hasta \$1,400 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (dentro de la red).</p>   | <p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía, hasta \$1,480 de copago (o la cantidad indicada de Medicare Original para el año 2022, lo que sea menor) por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (dentro de la red).</p>   |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.



| Costos  | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <p><b>Cuidado de Salud Mental para Pacientes Hospitalizados</b></p> | <p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía, hasta \$1,400 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (dentro de la red).</p>   | <p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía, hasta \$1,480 de copago (o la cantidad indicada de Medicare Original para el año 2022, lo que sea menor) por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (dentro de la red).</p> |
| <p><b>Beneficio de comidas</b></p>                                  | <p>Usted paga \$0 de copago por hasta 28 comidas para 14 días, 2 veces al año, después de una estadía en el hospital.</p> <p>El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por hasta 84 comidas para 28 días, 1 vez al año, después de una estadía en el hospital.</p> <p>El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>                              |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

| Costos   | 2021 (este año)  | 2022 (próximo año)  |
|--|--|---|
| <p><b>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos</b></p> | <p>Usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios cubiertos por Medicare de programas para tratar trastornos por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para tratar trastornos por consumo de opiáceos y el suministro y la administración de estos medicamentos</li> <li><input type="checkbox"/> Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia individual y de grupo</li> <li><input type="checkbox"/> Pruebas de detección de drogas</li> </ul> | <p>Usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios cubiertos por Medicare de programas para tratar trastornos por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para tratar trastornos por consumo de opiáceos y el suministro y la administración de estos medicamentos</li> <li><input type="checkbox"/> Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias</li> <li><input type="checkbox"/> Terapia individual y de grupo</li> <li><input type="checkbox"/> Pruebas de detección de drogas</li> <li><input type="checkbox"/> Actividades de admisión</li> <li><input type="checkbox"/> Evaluaciones para revisar su progreso y el plan de tratamiento</li> </ul> |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

| Costos  | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)   |
|---|---|--|
| <b>Tarjeta de Productos de Venta Sin Receta (OTC) + Alimentos Saludables</b>                    | <p>\$265 por trimestre en una tarjeta prepagada para comprar productos de venta sin receta. Los créditos vencen al final de cada trimestre.</p> <p>\$25 al mes en una tarjeta prepagada para comprar alimentos saludables. Los créditos vencen al final de cada mes.</p> <p>El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red</p> | <p>\$125 al mes en una tarjeta prepagada para comprar productos de venta sin receta y alimentos saludables. Los créditos vencen al final de cada mes.</p> <p>El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red</p> |
| <b>Servicios de un Médico/Profesional, Servicios de Monitoreo Remoto Cubiertos por Medicare</b> | <p>Su costo compartido depende del servicio que reciba. Es posible que tenga que pagar el costo compartido de los servicios de diagnóstico no radiológicos, de los servicios para el cuidado primario, o de los servicios de un médico especialista (dentro de la red).</p>   | <p>Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).</p>  |
| <b>Cuidado en un Centro de Enfermería Especializada (SNF)</b>                                   | <p>Usted paga \$0 de copago por día, por lo días 1 a 100 hasta alcanzar el costo compartido de Medicare Original por los servicios de enfermería especializada.</p>   | <p>Usted paga \$0 de copago por día, por los días 1 a 100, hasta alcanzar el costo compartido de Medicare Original para el año 2022 que será determinado por CMS en el otoño de</p>  |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

| Costos | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)  |
|--------|---|---|
|        | \$0 de copago cada día, por los días 1 a 20 (dentro de la red).<br>\$185.50 de copago cada día, por los días 21 a 100 (dentro de la red). | 2021. Estas cantidades son los costos compartidos correspondientes al año 2021 y es posible que cambien para el año 2022. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.<br>\$0 de copago cada día, por los días 1 a 20 (dentro de la red).<br>\$185.50 de copago cada día, por los días 21 a 100 (dentro de la red). |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

| Costos  | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Transporte (de rutina, adicional)</b></p> | <p>Usted paga \$0 de copago por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas y a la farmacia. (dentro de la red)</p> <p>Usted paga 75% de coseguro por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas y a la farmacia. (fuera de la red)</p> <p>Los viajes se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios. (dentro de la red)</p> <p>Usted paga 75% de coseguro por 60 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios. (fuera de la red)</p> <p>Los viajes se consideran de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> |
| <p><b>Visitas Virtuales Médicas</b></p>         | <p>Usted paga \$0 de copago.</p>  | <p>Usted paga \$0 de copago.</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>   |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos**.

| Costos  | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)  |
|---|---|---|
| <p><b>Cuidado de la vista</b><br/>Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por lentes estándar; reciba un crédito total de \$250 para la compra de hasta 2 marcos/lentes o 1 par de lentes de contacto (si es médicamente necesario) cada año.</p> <p>El crédito se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> | <p>Usted paga \$0 de copago por lentes estándar; reciba un crédito total de \$400 para la compra de hasta 2 marcos/lentes o 1 par de lentes de contacto (si son médicamente necesarios) cada año.</p> <p>El crédito se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por 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 en Nuestra Lista de Medicamentos**

Nuestra Lista de Medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. **Para obtener la Lista de Medicamentos completa** llame a Servicio al Cliente (consulte la contraportada) o visite nuestro sitio web ([www.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan)).

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. **A los miembros actuales les recomendamos que soliciten una excepción antes del próximo año.**
  - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 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 pedir 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 a la Lista de Medicamentos (Formulario) este año, refiérase a la carta de aprobación que indica la fecha de vencimiento de la aprobación. Una vez que ha pasado la fecha de vencimiento indicada en la carta de aprobación, tendrá que obtener una nueva aprobación para que el plan siga 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 su 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 en la Lista de Medicamentos durante el año, usted puede consultar a su médico (u otro profesional que receta) sobre cómo pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el 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 a la Lista de Medicamentos.)

### **Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta**

**Tenga en cuenta:** Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a 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 con Receta” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre los costos de sus medicamentos. Debido a que usted recibe el programa “Ayuda Adicional”, recibirá la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” a más tardar el 30 de septiembre de 2021. Si no la recibe, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos (“LIS Rider”).

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 de medicamentos en que se encuentre.

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas – la Etapa del 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.

### Cambios en la Etapa del Deducible

| Etapa   | 2021 (este año)  | 2022 (próximo año)   |
|---|--|--|
| <b>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D)</b> | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible. | Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible. |

### Cambios en su Costo Compartido Durante la Etapa de Cobertura Inicial

| Etapa  | 2021 (este año)   | 2022 (próximo año)  |
|--|---|---|
| <p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b><br/>                     Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</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.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Por todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,130, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Por todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,430, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).</p> |



## **Cambios en la Etapa Sin Cobertura y 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 cobertura de medicamentos para las personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de esas etapas.**

---

## **Sección 2                      Cómo Decidir Qué Plan Elegir**

---

### **Sección 2.1                      Si desea seguir en UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO 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 a más tardar el 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente en nuestro plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP).

---

### **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 2022, 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 2022**, llame al Programa Estatal de Asistencia para 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 [es.medicare.gov/plan-compare](https://es.medicare.gov/plan-compare). **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

Le recordamos que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare y planes de medicamentos con receta de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales y los costos compartidos de esos otros planes.

#### **Paso 2: Cambie su cobertura**

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbese en el nuevo plan. Su inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese

en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO 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 su 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 3 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 2022.

#### **¿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 momentos 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.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2022, 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 2022. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

### **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 del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Florida, el programa SHIP se llama Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE).

Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) es una entidad independiente (no está relacionada 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 las personas inscritas en Medicare. Los asesores de Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) 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 a Florida Serving Health Insurance Needs of Elders (SHINE) al 1-800-963-5337.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), comuníquese con Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA), al 1-888-419-3456, 8 a.m. a 5 p.m., hora del Este, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA).

## **Sección 5                      Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta**

---

Es posible que usted califique para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. A continuación, se indican distintos tipos de ayuda:

- **Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa ‘Ayuda Adicional’ (se le conoce también como el Subsidio para Personas de Bajos Ingresos). El programa Ayuda Adicional paga una parte de las primas, los deducibles anuales y los coseguros de sus medicamentos con receta. Debido a que usted califica para este programa, no pasa por la Etapa Sin Cobertura ni tiene que pagar la multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre el programa Ayuda Adicional, llame:
  - Al 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;
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del programa ADAP de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

## **Sección 6**                      **¿Tiene preguntas?**

---

### **Sección 6.1**                      **Cómo Obtener Ayuda de UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)**

---

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-842-4968. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 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 2022 (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 2022. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2022** de UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO 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.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan). 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.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan). Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario).

### **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 ([es.medicare.gov](http://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 [es.medicare.gov/plan-compare](http://es.medicare.gov/plan-compare)).

## **Lea Medicare y Usted 2022**

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2022**. 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 ([es.medicare.gov](http://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 Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid), llame a Florida Medicaid Agency for Health Care Administration (AHCA) (Medicaid) al 1-888-419-3456. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-955-8771.

Para obtener más información, comuníquese con Servicio al Cliente al:

## UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (PPO D-SNP)

### Servicio al Cliente:



Llame al **1-866-842-4968**

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 30769**  
**Salt Lake City, UT 84130-0769**



**[www.myuhc.com/CommunityPlan](http://www.myuhc.com/CommunityPlan)**