Aviso Anual de Cambios 2023

UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)

Número gratuito **1-866-480-1086,** TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana

myuhcadvantage.com

¿Tenemos su dirección correcta?
Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.

United Healthcare

Y0066_ANOC_H1360_001_000_2023_SP_M

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 **myuhcadvantage.com** para revisar los detalles en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2022.**

Directorio de Proveedores

Revise el Directorio de Proveedores 2023 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 2023 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 2023 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 1-866-480-1086 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.

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

Aviso Anual de Cambios para 2023

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

El próximo año, habrá cambios en los costos y beneficios del plan. Consulte la página 7 para obtener un Resumen de Costos Importantes, incluso la Prima. Este documento explica los cambios a su plan. Para obtener más información sobre los costos, los beneficios o las reglas, consulte la Evidencia de Cobertura, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en **UHCCommunityPlan.com**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

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.

☐ Revise los cambios en los costos del cuidado médico (médico, hospital).

☐ Revise los cambios en nuestra cobertura de medicamentos, incluso los requisitos de autorización y los costos.

☐ Considere cuánto le costarán las primas, los deducibles y los costos compartidos.

☐ Revise los cambios en la Lista de Medicamentos 2023 para asegurarse de que los medicamentos que toma actualmente aún estén cubiertos.

☐ Compruebe que sus médicos de cuidado primario, especialistas, hospitales y demás proveedores, incluidas las farmacias, sean parte de nuestra red el próximo año.

☐ Considere los costos generales del cuidado de su salud.

☐ 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 el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web es.medicare.gov/plan-compare o revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2023.

☐ 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 2022, usted será inscrito en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).
- Si desea cambiarse a **otro plan**, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2023**. Esto terminará su inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP).
- Si recientemente se mudó a una institución, vive actualmente o acaba de mudarse fuera de ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

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. También puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana.
- 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 1-866-480-1086 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 8 a.m.-8 p.m. local time, 7 days a week.
- **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 para obtener más información.

Acerca de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS 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 Nevada Medicaid para coordinar los beneficios que recibe de Medicaid.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en este documento, se refiere a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).

Aviso Anual de Cambios para el año 2023
Índice

Resumen de costos importantes para el año 2023.....7

Sección 1 Cambio del Nombre del Plan.....9

Sección 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año.....9

Sección 2.1: Cambios en la Prima Mensual.....9

Sección 2.2: Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo.....9

Sección 2.3: Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias.....10

Sección 2.4: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....10

Sección 2.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D 15

Sección 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....17

Sección 3.1: Si desea seguir en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).....17

Sección 3.2: Si Decide Cambiar de Plan.....17

Sección 4 Cambiar de Plan.....18

Sección 5 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid..19

Sección 6 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....19

Sección 7 ¿Tiene preguntas?..... 20

Sección 7.1: Cómo Obtener Ayuda de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)..... 20

Sección 7.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....21

Sección 7.3: Cómo Obtener Ayuda de Medicaid..... 21

Resumen de costos importantes para el año 2023

La siguiente tabla compara, en varias áreas importantes, los costos del año 2022 con los costos del año 2023 del plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.** 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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima Mensual del Plan* *Es posible que el costo de la prima sea mayor que esta cantidad. (Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.)	$0	$0
Máximos de gastos de su bolsillo Esto es lo máximo que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.)	De proveedores de la red: $0 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.	De proveedores de la red: $0 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.
Visitas al consultorio médico	Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga $0 de copago por cada visita. Visitas con un especialista: Usted paga $0 de copago por cada visita.	Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga $0 de copago por cada visita. Visitas con un especialista: Usted paga $0 de copago por cada visita.
Estadías en el hospital como paciente hospitalizado	Usted paga $0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por	Usted paga $0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
	Medicare por un número ilimitado de días.	Medicare por un número ilimitado de días.
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 2.5 para obtener información detallada.)	Deducible: □ $0 Por todos los medicamentos cubiertos: □ $0 de copago	Deducible: □ $0 Por todos los medicamentos cubiertos: □ $0 de copago

Sección 1 Cambio del Nombre del Plan

El día 1 de enero de 2023, el nombre de nuestro plan cambiará de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO D-SNP) a UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).

Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare. Si tiene alguna pregunta o si su tarjeta de ID de miembro de UnitedHealthcare se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y le enviaremos una tarjeta nueva.

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

Sección 2 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

Sección 2.1 Cambios en la Prima Mensual

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare , a menos que la pague Medicaid.)	**$0**	**$0**

Sección 2.2 Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo

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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Máximo de gastos de su bolsillo Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Nevada Department of Health and Human	$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de	$0 Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Services (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo. 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. 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.	alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.	alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.

Sección 2.3 Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web en **myuhcadvantage.com**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores y las farmacias o para pedir que se le envíe por correo un directorio.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 2023 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias** 2023 **para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

Tenga en cuenta que, durante el año, podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan. Si un cambio a mediados del año en nuestros proveedores le afecta a usted, comuníquese con Servicio al Cliente para que podamos ayudarle.

Sección 2.4 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.

Estamos haciendo cambios en los costos y beneficios de ciertos servicios médicos para el próximo año. La siguiente información describe esos cambios.

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

Costos	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cambio de Plan	Como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete (HMO D-SNP), un plan Health Maintenance Organization, usted solamente puede recibir servicios cubiertos de médicos y otros proveedores médicos de la red, con algunas excepciones.	Como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete (HMO-POS D-SNP), un plan Health Maintenance Organization POS, usted puede recibir servicios dentales cubiertos de proveedores dentales fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Evidencia de Cobertura.
Servicios de Acupuntura de Rutina	Sin cobertura	Usted paga $0 de copago por 12 visitas de acupuntura.
Servicios Quiroprácticos de Rutina	Sin cobertura	Usted paga $0 de copago por 12 visitas de quiropráctica.

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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Servicios Dentales Servicios Dentales Preventivos e Integrales	Usted paga $0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura. Usted paga $0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos. Usted tiene cobertura de hasta $2,500 por año.	Usted paga $0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura. Usted paga $0 de copago por los servicios dentales integrales que tienen cobertura. Usted tiene cobertura de hasta $3,500 por año. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Usted puede recibir los servicios dentales de un dentista fuera de la red. Si un dentista fuera de la red le cobra más de lo que el plan paga, es posible que se le cobre a usted la diferencia, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. La lista de los servicios cubiertos por su plan ha sido ampliada. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Programa de Acondicionamiento Físico	Su beneficio de acondicionamiento físico se ofrece a través del programa Renew Active®.	Su beneficio de acondicionamiento físico se ofrece a través del programa Renew Active®. Además, este beneficio le ofrece acceso a 1 dispositivo Fitbit®, sin costo adicional, cada 2 años del plan.
Servicios para la Audición Aparatos Auditivos	Usted recibe una asignación de $2,500 para hasta 2 aparatos auditivos cada año (solamente productos selectos). Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país (solamente productos selectos).	Usted recibe una asignación de $3,600 para hasta 2 aparatos auditivos cada año (solamente productos selectos). Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país (solamente productos selectos).
Beneficio de Comidas	Usted paga $0 de copago por hasta 28 comidas por 14 días, 1 vez al año, después de una estadía en el hospital.	Usted paga $0 de copago por hasta 28 comidas por 14 días, por un número ilimitado de veces al año, después de una estadía en el hospital.

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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC) y facturas de servicios públicos	$80 de crédito por mes en una tarjeta prepagada para comprar productos de venta sin receta y alimentos saludables. Los créditos vencen al final de cada mes. No se cubren servicios públicos.	$130 de crédito por mes cargado a su UCard™ de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta y alimentos saludables, así como pagar ciertas facturas de servicios públicos. Los créditos vencen al final de cada mes. Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.

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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Cuidado de la Vista Opciones Adicionales de Artículos para la Vista de Rutina	Usted paga $0 de copago por lentes estándar y recibe hasta $200 para la compra de marcos o lentes de contacto a través de un proveedor de UnitedHealthcare Vision cada año. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Vision.	Usted paga $0 de copago por lentes estándar y recibe hasta $300 para la compra de marcos o lentes de contacto a través de un proveedor de UnitedHealthcare Vision cada año. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Vision.

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 2.5 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 (**myuhcadvantage.com**).

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.**

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. Por ejemplo, podemos quitar inmediatamente los medicamentos que la Administración de Alimentos y Medicamentos considere peligrosos o los que el fabricante del producto retire del mercado. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet para proporcionar la lista de medicamentos más reciente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con su médico para conocer sus opciones, entre ellas, cómo solicitar un suministro temporal, cómo solicitar una excepción o cómo encontrar un medicamento nuevo. También puede comunicarse con Servicio al Cliente para obtener más información.

Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta

Nota: 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.**

Hay cuatro "etapas de pago de medicamentos".

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.)

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por Vacunas - Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D. Llame a Servicio al Cliente para obtener más información.

Mensaje Importante Sobre lo que Usted Paga por la Insulina - Usted no pagará más de $0 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, incluso si usted no ha pagado su deducible de la Parte D.

Cambios en la Etapa del Deducible

Etapa	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D)	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	2022 (este año)	2023 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y **usted paga su parte del costo.** 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.	Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: **Por todos los medicamentos cubiertos:** □ $0 de copago Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado $4,430, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).	Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar: **Por todos los medicamentos cubiertos:** □ $0 de copago Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado $4,660, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).

Sección 3 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

Sección 3.1 Si desea seguir en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS 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, automáticamente será inscrito en nuestro plan UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP).

Sección 3.2 Si Decide Cambiar de Plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2023, 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, use el Buscador de Planes de Medicare (es.medicare.gov/plan-compare), lea **el manual Medicare y Usted 2023,** llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS 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 o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en Internet. Comuníquese con Servicio al Cliente si necesita más información sobre cómo hacerlo.
  - **– 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 2023.

¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, se permite hacer cambios en otros momentos del año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que tienen Medicaid, las personas que reciben el programa “Ayuda Adicional” para pagar sus medicamentos, las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, 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 2023, 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 2023.

Si recientemente se mudó a una institución, vive actualmente o acaba de mudarse fuera de ella (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

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 independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los Estados. En Nevada, el programa SHIP se llama Nevada State Health Insurance Assistance Program (SHIP).

Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre el seguro de salud local a los beneficiarios de Medicare. Los asesores de Nevada State Health Insurance Assistance Program (SHIP) 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 Nevada State Health Insurance Assistance Program (SHIP) al 1-800-307-4444.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Nevada Department of Health and Human Services, comuníquese con Nevada Department of Health and Human Services, al 1-800-992-0900, 8 a.m. a 5 p.m., hora del Pacífico, de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Pregunte si su inscripción en otro plan o su regreso a Medicare Original afectan la cobertura que obtiene de Nevada Department of Health and Human Services.

Sección 6 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:

- Al1-800-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, para comunicarse con un representante. El sistema de mensajes automatizados está disponible las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
- A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).

- **Asistencia del programa estatal de ayuda para medicamentos de su estado.** Nevada tiene un programa llamado Nevada Senior/Disability Rx Program que ayuda a pagar los medicamentos con receta según las necesidades financieras, la edad o la condición médica de la persona. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud.
- **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, comuníquese con el 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 7 ¿Tiene preguntas?

Sección 7.1 Cómo Obtener Ayuda de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP)

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

Lea su Evidencia de Cobertura 2023 (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 2023. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura** 2023 de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS 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 **myuhcadvantage.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 **myuhcadvantage.com**. 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 7.2 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

Visite el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y la calidad mediante Calificaciones con Estrellas para que pueda comparar los planes de salud de Medicare en su área. Para ver la información sobre los planes, visite es.medicare.gov/plan-compare.

Lea Medicare y Usted 2023

Lea el manual **Medicare y Usted 2023**. 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/Pubs/pdf/10050-S-medicare-and-you.pdf) 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 7.3 Cómo Obtener Ayuda de Medicaid

Para obtener información de Nevada Department of Health and Human Services (Medicaid), llame a Nevada Department of Health and Human Services (Medicaid) al 1-800-992-0900. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, please call us using the toll-free number on your member identification card. Someone who speaks your language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con servicios gratuitos de intérprete para responder cualquier pregunta que pudiera tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener los servicios de un intérprete, llámenos al número de teléfono gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro. Una persona que habla su idioma podrá ayudarle. Es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费口译服务，解答您对我们的健康或药物计划的任何疑问。如需寻找一名口译员，请使用您的会员身份证上的免费电话号码联系我们。一名与您讲相同语言的人可以为您提供帮助。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 我們提供免費的口譯服務，可回答您可能對我們的健康或藥物計劃的任何問題。如需口譯員，請撥打您的會員識別卡上的免付費電話號碼聯絡我們。會說您的語言的人可協助您。這是免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na maaaring mayroon ka tungkol sa kalusugan o plano ng gamot. Para makakuha ng interpreter, pakitawagan kami gamit ang libreng numero sa iyong kard ng pagkakakilanlan ng kasapi. Sinumang nagsasalita ng wika mo ay puwedeng makatulong sa iyo. Ang serbisyong ito ay libre.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser sur notre régime d'assurance maladie ou d'assurance-médicaments. Pour recevoir l'aide d'un interprète, veuillez nous appeler en composant le numéro gratuit figurant sur votre carte d'identification de membre. Quelqu'un parlant votre langue peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi mà bạn có về chương trình sức khoẻ hay thuốc của chúng tôi. Để gặp thông dịch viên, vui lòng gọi cho chúng tôi theo số điện thoại miễn phí trên thẻ nhận dạng thành viên của bạn. Người nói cùng ngôn ngữ với bạn có thể giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir verfügen über kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie über unseren Gesundheits- oder Medikamentenplan haben mögen. Um einen Dolmetscher zu erhalten, rufen Sie uns bitte unter der kostenfreien Nummer auf Ihrem Mitgliedsausweis an. Jemand, der Ihre Sprache spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist eine kostenlose Dienstleistung.

Korean: 건강 또는 의약품 플랜에 관한 질문에 답변해드리기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역 서비스를 이용하려면, 가입자 ID 카드에 있는 수신자 부담 전화번호로 전화해 주십시오. 한국어를 사용하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 이 서비스는 무료입니다.

Russian: Если у Вас возникнут какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане по приобретению препаратов, мы предоставим Вам бесплатные услуги устного перевода. Для того чтобы воспользоваться услугами устного перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по бесплатному номеру телефона, указанному на Вашей идентификационной карте участника плана. Сотрудник, который говорит на Вашем языке, сможет Вам помочь. Данная услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: لدينا خدمات ترجمة فورية للرد على أي أسئلة قد تكون لديك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على مترجم، اتصل بنا باستخدام رقم الهاتف المجاني على بطاقة تعريف عضويتك. سيساعدك شخص ما يتحدث لغتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं मौजूद हैं। दुभाषिया पाने के लिए, कृपया अपने सदस्य पहचान पत्र पर टोल-फ्री नंबर का उपयोग करके हमें कॉल करें। आपकी भाषा बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Mettiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per avvalersi di un interprete, si prega di chiamare il numero verde riportato sulla tessera identificativa. Una persona che parla italiano potrà fornire l'assistenza richiesta. Il servizio è gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de intérprete gratuitos para esclarecer quaisquer dúvidas que tenha sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número gratuito no seu cartão de identificação de membro. Alguém que fala a sua língua pode ajudá-lo(a). Este é um serviço gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou gendwa genyen konsènan plan sante oswa medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, tanpri rele nou apati nimewo apèl gratis ki sou kat idantifikasyon kòm manm ou an. Yon moun ki pale lang ou ka ede ou. Sa se yon sèvis gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu ubezpieczenia zdrowotnego lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza, proszę zadzwonić pod bezpłatny numer telefonu podany na karcie identyfikacyjnej członka planu. Osoba posługująca się Pana/Pani językiem Panu/Pani pomoże. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療または処方薬プランに関する質問にお答えするために、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳が必要な場合には、会員IDカードに記載されているフリーダイヤル番号を使用して、当社までお問い合わせください。お客様の言語を話す通訳者がお手伝いいたします。これは無料のサービスです。

Para obtener más información, llame a servicio al cliente al:

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

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

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

Escriba a **P.O. Box 30770**
Salt Lake City, UT 84130-0770

myuhcadvantage.com

CSNV23PO0056130_001