

AVISO ANUAL DE CAMBIOS 2019



Cambios importantes en su plan

UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP)



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

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



www.UHCCommunityPlan.com

¿Tenemos su dirección correcta?

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



Aviso Anual de Cambios 2019.



Actualmente está inscrito como miembro de Care Improvement Plus® Dual Advantage (Regional PPO SNP).

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

Qué debe hacer ahora

1. PREGÚNTESE: Qué cambios le afectan a usted

- Revise los cambios a los beneficios y los costos del plan para saber si le afectan.
 - Por eso es importante que revise su cobertura ahora mismo para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
 - ¿Se ven afectados por los cambios los servicios que usted usa?
 - Consulte la Sección 2 para obtener información sobre los cambios a los beneficios y costos del plan.

- Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
 - ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ¿Están sus medicamentos en otro nivel, con otro costo compartido?
 - ¿Tiene restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
 - ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo al utilizar esta farmacia?
 - En la Lista de Medicamentos de 2019 consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajos que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos de su bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estas tablas indican qué fabricantes han aumentado sus

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

- Compruebe que sus médicos y demás proveedores de servicios médicos continúen en nuestra red el próximo año.
 - ¿Están sus médicos en nuestra red?
 - ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores de servicios médicos que usted usa?
 - Consulte la Sección 2.3 para obtener información acerca de nuestro Directorio de Proveedores.

- Piense en los costos generales de cuidado de la salud.
 - ¿Cuánto pagará en gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ¿Cuánto costarán la prima y los deducibles del plan?
 - ¿Cómo se comparan los costos totales del plan con respecto a otras opciones de cobertura de Medicare?

- Piense si está conforme con nuestro plan.

2. COMPARE: Obtenga información sobre otras opciones de plan

- Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted reside.
 - Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes Medicare en el sitio web de Medicare: <https://es.medicare.gov>. Haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos”.
 - Revise la lista que aparece en la contracubierta del manual “Medicare y Usted”.
 - Consulte la Sección 3.2 para obtener más información de sus opciones.

- Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. ELIJA: Usted decide si se cambia de plan

- Si desea **continuar** en Care Improvement Plus® Dual Advantage (Regional PPO SNP), no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en Care Improvement Plus® Dual Advantage (Regional PPO SNP).
- Si desea cambiarse a otro plan que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de sus opciones.

4. INSCRÍBASE: Si desea cambiar de plan, puede hacerlo a partir de este momento y hasta el **31 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 31 de diciembre de 2018**, usted seguirá inscrito en Care Improvement Plus® Dual Advantage (Regional PPO SNP).
- Si **se inscribe en otro plan a más tardar el 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.
- A partir del año 2019, hay límites nuevos que establecen con qué frecuencia puede cambiar de planes. Consulte la Sección 4 para obtener más información.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-480-1086 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.
- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-480-1086 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local.
- Puede obtener este documento en un formato alternativo, por ejemplo, en braille, en letras grandes o en audio. Llame a nuestro Departamento de Servicio al Cliente al 1-866-480-1086, TTY: 711 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana, hora local, para obtener información adicional.
- **La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC)**, además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección del Paciente y de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Para más información, consulte el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS): <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Información sobre UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP)

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

Resumen de costos importantes para 2019

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2018 con los del año 2019 del UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP). **Tenga presente que este es solamente un resumen de cambios.** Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare, usted paga \$0 de deducible por las visitas al consultorio médico y estadías en el hospital como paciente hospitalizado.

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Prima mensual del plan *</p> <p>*Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 2.1 para obtener más información).</p>	<p>\$0</p>	<p>\$0</p>
<p>Cantidades máximas de gastos de su bolsillo</p> <p>Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para obtener más información).</p>	<p>De proveedores de la red: \$0</p> <p>De proveedores dentro y fuera de la red, combinados: \$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba dentro de la red.</p>	<p>De proveedores de la red: \$0</p> <p>De proveedores dentro y fuera de la red, combinados: \$6,700</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba dentro de la red.</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p>

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita (fuera de la red).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada visita (fuera de la red).</p> <p>Visitas con un especialista: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$0 de copago por cada visita (fuera de la red).</p>
<p>Estadía en el hospital como paciente hospitalizado</p> <p>Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios. El cuidado para pacientes hospitalizados se inicia el día que usted es formalmente admitido al hospital con una orden del médico. El día anterior al día en que se le da de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Cobertura de hasta 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$1,300 de copago. Cobertura hasta 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida (fuera de la red).</p>	<p>Usted paga \$0 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 \$1,300 de copago (o la cantidad indicada de Medicare Original para 2019, lo que sea menor) por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).</p>
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</p> <p>(Consulte la Sección 2.6 para obtener más información.)</p>	<p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su</p>	<p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su</p>

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<p>estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <p>Deducible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 o <input type="checkbox"/> \$83 <p>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$1.25 de copago o <input type="checkbox"/> \$3.35 de copago o <input type="checkbox"/> 15% del costo total <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$5,000, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$3.35 de copago <p>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$3.70 de copago o <input type="checkbox"/> \$8.35 de copago o <input type="checkbox"/> 15% del costo total <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguro alcanza \$5,000, sus costos compartido serán:</p>	<p>estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <p>Deducible:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 o <input type="checkbox"/> \$85 <p>Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$1.25 de copago o <input type="checkbox"/> \$3.40 de copago o <input type="checkbox"/> 15% del costo total <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$5,100, sus costos compartidos serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$3.40 de copago <p>Por todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$3.80 de copago o <input type="checkbox"/> \$8.50 de copago o <input type="checkbox"/> 15% del costo total <p>Si el total de sus pagos de copagos y coseguros alcanza \$5,100, sus costos compartidos</p>

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$8.35 de copago 	serán: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> \$0 de copago o <input type="checkbox"/> \$8.50 de copago
	Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare, que ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta	
	Deducible: \$405 Usted paga 25% del costo total.	Deducible: \$415 Usted paga 25% del costo total.

Aviso Anual de Cambios para 2019

Índice

Resumen de costos importantes para 2019.....	5
Sección 1: Cambio del nombre del plan.....	10
Sección 2: Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el próximo año.....	10
Sección 2.1: Cambios a la prima mensual.....	10
Sección 2.2: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo.....	10
Sección 2.3: Cambios en la red de proveedores.....	12
Sección 2.4: Cambios en la red de farmacias.....	13
Sección 2.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	13
Sección 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D	21
Sección 3: Cómo decidir qué plan elegir.....	27
Sección 3.1: Si desea seguir en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP).....	27
Sección 3.2: Si decide cambiar de plan.....	27
Sección 4: Cambiar de plan.....	28
Sección 5: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid....	29
Sección 6: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.	29
Sección 7: ¿Preguntas?.....	30
Sección 7.1: Cómo obtener ayuda del plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP).....	30
Sección 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	31
Sección 7.3: Cómo obtener ayuda del Medicaid.....	31

Sección 1: Cambio del nombre del plan

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de Care Improvement Plus® Dual Advantage (Regional PPO SNP) a UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP).

Le mandaremos por correo una nueva tarjeta de ID del miembro. Si tiene alguna pregunta o si su tarjeta de ID del miembro se le daña, se le pierde o se la roban, llame inmediatamente a nuestro Servicio al Cliente al 1-866-480-1086 (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 costos de Medicare para el próximo año

SECCIÓN 2.1: Cambios a la prima mensual

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que Medicaid la pague por usted.)	\$0	\$0

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

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo dentro de la red</p> <p>Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid), rara vez alguno de ellos alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) de proveedores de la red se toman en cuenta para alcanzar la cantidad máxima 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 la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>	<p>\$0</p> <p>Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo a fin de alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p>
<p>Cantidad máxima combinada de gastos de su bolsillo</p> <p>Ya que nuestros miembros también reciben asistencia de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid), rara vez</p>	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los</p>	<p>\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de gastos de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no tendrá que pagar nada por los</p>

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>alguno de ellos alcanza el máximo de gastos de su bolsillo.</p> <p>Sus costos de servicios médicos cubiertos (como copagos) de proveedores dentro de la red y fuera de la red se contabilizan para la cantidad máxima combinada de gastos de su bolsillo. La prima de su plan no se toma en cuenta para alcanzar la cantidad máxima de gastos de su bolsillo.</p>	<p>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>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>

SECCIÓN 2.3: Cambios en la red de proveedores

Habrán cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Encontrará el Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir el envío postal de un Directorio de Proveedores. **Consulte el Directorio de Proveedores 2019 para ver si sus proveedores de servicios (su proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

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

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

- Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para ayudarle a encontrar a un nuevo proveedor y administrar sus cuidados.

SECCIÓN 2.4: Cambios en la red de farmacias

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.UHCCommunityPlan.com. También puede llamar al Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de las farmacias o para pedir el envío postal de un Directorio de Farmacias. **Consulte el Directorio de Farmacias 2019 para encontrar farmacias de nuestra red.**

SECCIÓN 2.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos está siendo modificada para el próximo año. La información que aparece más abajo describe esos cambios. Para obtener más información acerca de la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted), en su Evidencia de Cobertura del año **2019**. Puede revisar en Internet la Evidencia de Cobertura. Le podemos enviar una copia impresa por correo si se lo solicita a Servicio al Cliente.

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Servicios Dentales Servicios dentales preventivos</p>	<p><u>Sin</u> cobertura.</p>	<p>\$0 de copago por los servicios cubiertos (dentro de la red).</p> <p>50% de coseguro por los servicios cubiertos (fuera de la red).</p> <p>Entre los servicios dentales preventivos se incluyen exámenes, limpiezas y radiografías.</p> <p>Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>Existen limitaciones y exclusiones.</p> <p>Para obtener más información, consulte su Evidencia de Cobertura.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para la diabetes</p>	<p>Usted paga \$0 de copago (dentro de la red). Cubrimos solamente las siguientes marcas de medidores de glucosa en la sangre y de tiras para medir la glucosa: OneTouch Ultra®2, OneTouch UltraMini®, OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio®</p>	<p>Usted paga \$0 de copago (dentro de la red). Cubrimos solamente las marcas ACCU-CHEK® y OneTouch®. Entre los medidores de glucosa con cobertura se incluyen: OneTouch Verio®, OneTouch Verio® IQ, OneTouch Verio® Flex, ACCU-CHEK®</p>

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	Flex, ACCU-CHEK® Nano SmartView, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® Guide y ACCU-CHEK® Aviva Connect. Nuestro plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que nuestro plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.	Guide, ACCU-CHEK® Aviva y ACCU-CHEK® Nano SmartView. Tiras para medir la glucosa: OneTouch Verio®, ACCU-CHEK® Guide, ACCU-CHEK® Aviva Plus, ACCU-CHEK® SmartView y OneTouch Ultra®. Su plan no cubre otras marcas. Si usa una marca que nuestro plan no cubre, le conviene consultar a su médico para obtener una nueva receta con una marca que sí tenga cobertura.

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Programa de acondicionamiento físico</p>	<p>Este beneficio le permite acceder (cada año y sin ningún costo adicional) a un dispositivo Fitbit® que registra sus actividades físicas. Este dispositivo puede ayudarle a mejorar su salud o mantenerse saludable ya que registra su actividad física y sus ejercicios. Este beneficio incluye cobertura para ciertos modelos. Para obtener más información, visite www.fitbit.com/store/UHCMedicare.</p>	<p>Renew Active™ es un programa de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acceso a membresía estándar en centros de acondicionamiento físico participantes <input type="checkbox"/> Ejercicios y actividades de agudeza mental por Internet <input type="checkbox"/> Una orientación de acondicionamiento físico en persona <p>Un paquete de acondicionamiento físico en su hogar está disponible para miembros que viven a 15 millas o más de un centro de acondicionamiento físico participante.</p> <p>No hay ningún cargo por visitas o por uso si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de servicios que son parte de la red.</p>

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		<p>Además, este beneficio le permite acceder (cada 2 años y sin ningún costo adicional) a un dispositivo Fitbit® que registra sus actividades físicas. Este dispositivo puede ayudarle a mejorar su salud o mantenerse saludable ya que registra su actividad física y sus ejercicios. Este beneficio incluye cobertura para ciertos modelos. Para obtener más información, visite www.fitbit.com/store/UHC.</p> <p>Este proveedor debe usarse para este beneficio, tanto dentro como fuera de la red.</p>
Beneficio de productos para la salud	\$275 de crédito por trimestre. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	\$305 de crédito por trimestre. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Servicios para la audición Aparatos auditivos</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada aparato auditivo retroauricular o aparato auditivo abierto intracanal. Límite de 2 dispositivos/aparatos auditivos cada año. Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>	<p>Usted recibe \$2,000 de crédito para aparatos auditivos cada 2 años. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>
<p>Cuidado para pacientes hospitalizados</p>	<p>Usted paga \$0 de copago. Cobertura de hasta por 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida (dentro de la red).</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (dentro de la red).</p>
<p>Cuidado para pacientes hospitalizados</p>	<p>Usted paga \$1,300 de copago. Cobertura de hasta 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida (fuera de la red).</p>	<p>Usted paga \$1,300 de copago (o la cantidad indicada de Medicare Original para 2019, lo que sea menor) por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (fuera de la red).</p>

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados	Usted paga \$1,300 de copago. Cobertura de hasta 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida (fuera de la red).	Usted paga \$1,300 de copago (o la cantidad indicada de Medicare Original para 2019, lo que sea menor). Cobertura de hasta 90 días por cada período de beneficios, además de 60 días adicionales de reserva una vez en la vida (fuera de la red).
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare – Terapia escalonada	No corresponde	Es posible que existan medicamentos igual de eficaces, pero de costo más bajo, que tratan la misma condición médica. Si le han recetado un nuevo medicamento, o no ha resurtido recientemente un medicamento cubierto por la Parte B, es posible que tenga que probar uno o más de esos otros medicamentos antes de que el plan le cubra el nuevo medicamento. Si usted ya ha probado esos otros medicamentos o su médico piensa que no son los más adecuados en su caso, usted o su médico pueden solicitar al plan que cubra el medicamento.

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
Cuidado en un centro de enfermería especializada	Usted paga el costo compartido de Medicare Original por los servicios para pacientes hospitalizados: \$0 de copago cada día por los días 1 - 20. \$167.5 de copago cada día por los días 21 - 100 (fuera de la red).	Usted paga el costo compartido de Medicare Original para el año 2019. Este costo compartido será determinado por CMS en el otoño de 2018. Estas cantidades son los costos compartidos correspondientes al año 2018 y es posible que cambien para el año 2019. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas. \$0 de copago cada día por los días 1 - 20; \$167.50 de copago cada día por los días 21 - 100 (fuera de la red).
Programa Solutions for Caregivers	<u>Sin</u> cobertura	Usted paga \$0 de copago Los servicios del programa Solutions for Caregivers están a su disposición las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Puede elegir una de las siguientes opciones: servicios de administración de cuidado por hora (hasta 3 horas en un año), o una consulta telefónica y plan

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

Costos	2018 (este año)	2019 (próximo año)
		de cuidado para el cuidador, o una evaluación a domicilio.
Transporte (de rutina adicional)	\$0 de copago por 6 viajes en una sola dirección por cada año calendario (de manera combinada, dentro y fuera de la red).	\$0 de copago por 12 viajes en una sola dirección por cada año calendario (dentro de la red). 75% de coseguro por 12 viajes en una sola dirección por cada año calendario (fuera de la red). Viajes de manera combinada dentro y fuera de la red.

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

SECCIÓN 2.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

Cambios a nuestra Lista de Medicamentos

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

Hicimos cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluidos los cambios a los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para ver si tendrán alguna restricción.**

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

- **Consulte a su médico (o al profesional autorizado para recetar medicamentos) para que**

solicite una excepción al plan para cubrir el medicamento.

- Si desea saber cómo proceder para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones y quejas])** o llame a Servicio al Cliente.
- **Consulte a su médico (o al profesional autorizado para recetar medicamentos) para buscar un medicamento diferente** que tenga cobertura. Llame al Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición 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 está excluido del formulario. En el año 2019, los miembros que residen en un centro de cuidado a largo plazo (LTC) recibirán, como mínimo, un suministro temporal de 31 días de medicamento, en vez de la cantidad proporcionada en el año 2018 (suministro de 98 días del medicamento). (Si desea saber cómo obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura**). Durante el tiempo que obtiene un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitar que el plan haga una excepción y cubra su medicamento actual.

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

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

A partir del año 2019, es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de la Lista de Medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos con un medicamento genérico en el mismo nivel de costo compartido, o en uno más bajo, y que tenga las mismas, o menos, restricciones. Además, al añadir el nuevo medicamento genérico, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero lo moveremos inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o le agregaremos nuevas restricciones. Esto significa que si usted está tomando un medicamento de marca que será reemplazado por el nuevo medicamento genérico (o si hay cambios en el nivel o las restricciones de ese medicamento de marca), usted ya no recibirá siempre el aviso del cambio 60 días antes de que lo hagamos, ni tampoco recibirá un resurtido de 60 días de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, usted aún recibirá la información sobre el cambio específico que hagamos, pero es posible que esa comunicación le llegue después de que el cambio se haya hecho.

Además, a partir del año 2019, antes de que hagamos otros cambios a nuestra Lista de

Medicamentos durante el año, por los que debamos proporcionarle un aviso con anticipación si usted está tomando un medicamento, le proporcionaremos ese aviso 30 días, en vez de 60 días, antes del cambio. O bien le daremos como mínimo un suministro de 30 días, en vez de un resurtido de 60 días, de su medicamento de marca en una farmacia de la red.

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

Cambios en los costos de los medicamentos con receta

Nota: Si está inscrito en el programa Ayuda Adicional que le brinda asistencia para pagar sus medicamentos, es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos” (también se le llama “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), con información sobre su cobertura de medicamentos. Como recibe el programa Ayuda Adicional, recibirá la "Cláusula Adicional LIS" a más tardar el 30 de septiembre de 2018. Si no la recibe, llame a Servicio al Cliente y solicite la Cláusula Adicional LIS (“LIS Rider”). Los números de teléfono del Servicio al Cliente están en la Sección 7.1 de esta guía.

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

Enseguida se indican los cambios que tendrán el próximo año las dos primeras etapas: la etapa de deducible anual y la etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llegan a las otras dos etapas: la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**, disponible en Internet, o llame a Servicio al Cliente).

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual En esta etapa usted paga el costo total de los medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>El deducible es de \$0 o de \$83 , según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. (Consulte el documento Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos, que es un documento aparte, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional de Medicare, el cual ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta, el deducible es \$405.</p>	<p>El deducible es de \$0 o de \$85, según el nivel del programa Ayuda Adicional que recibe. (Consulte el documento Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos, que es un documento aparte, para saber cuál es su deducible.)</p> <p>Si no cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional de Medicare, el cual ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta, el deducible es \$415.</p>

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

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

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial Una vez que haya pagado el deducible anual, pasará a la etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos y usted</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes (30-días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</p>

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
<p>paga su parte.</p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de un servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura.</p>	<p>Genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$1.25 de copago o • \$3.35 de copago o • 15% del costo total <p>En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o 	<p>Genéricos (incluidos los medicamentos de marca que se consideran genéricos):</p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$1.25 de copago o • \$3.40 de copago o • 15% del costo total <p>En el caso de todos los demás medicamentos cubiertos:</p> <p>Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe los beneficios completos de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid) y dependiendo de su ingreso y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 de copago o • \$3.80 de copago o

Etapa	2018 (este año)	2019 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> • \$3.70 de copago o • \$8.35 de copago o • 15% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> • \$8.50 de copago o • 15% del costo total
	Si no cumple los requisitos del programa Ayuda Adicional de Medicare, el cual ayuda a pagar el costo de los medicamentos con receta	
	<p>Para todos los medicamentos cubiertos:</p> <p>Usted paga 25% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,750, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p>	<p>Para todos los medicamentos cubiertos:</p> <p>Usted paga 25% del costo total</p> <hr/> <p>Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,820, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).</p>

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

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos, es decir, la etapa sin cobertura y la etapa de cobertura de gastos médicos mayores son para las personas con altos costos de medicamentos.

La mayoría de los miembros no llegan a la etapa sin cobertura ni a la etapa de cobertura de gastos médicos mayores. Para obtener información sobre los costos que le corresponden a usted en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 3: Cómo decidir qué plan elegir

SECCIÓN 3.1: Si desea seguir en el plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP)

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Pero, si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Medicare Original, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2019.

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 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

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

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

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, lea el manual **Medicare y Usted 2019**, llame al Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

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

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscribese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO

SNP).

- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbese en ese plan de medicamentos nuevo. Se le dará de baja automáticamente de UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP).
- Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe optar por:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información acerca de cómo debe hacer esto, comuníquese con el Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la Sección 7.1 de esta guía).
 - – o – Llame a **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicite su baja del plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

Sección 4: Cambiar de plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan o a un plan Medicare Original, podrá hacerlo a partir de este momento y hasta el 31 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Se pueden hacer cambios durante otro período del año?

En ciertos casos, se permite hacer cambios en otras fechas del año. Por ejemplo, es posible que se les permita hacer cambios durante otros períodos del año a las personas que tienen Medicaid, a las personas que reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos, a las que tienen cobertura de parte de su empleador o que dejarán de tenerla y, también, a las personas que se trasladan fuera del área de servicio del plan. Comenzando en 2019, hay nuevos límites sobre qué tan seguido se puede cambiar de plan. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Nota: Entra en vigencia el 1 de enero de 2019; si usted participa en un programa de administración de medicamento, es posible que no pueda cambiar de planes.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2019, 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 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10, de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 5: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa de ayuda del gobierno con consejeros capacitados en todos los estados. En Texas, el programa SHIP se llama Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP).

Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) es independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que obtiene fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratis** del seguro de salud local a las personas con Medicare. Los consejeros del Programa Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) pueden ayudarle con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender las opciones de su plan de Medicare así como responder a preguntas para cambiar de planes. Puede llamar a Texas Department of Aging and Disability Services (HICAP) al 1-800-252-9240.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios Texas Medicaid Health and Human Services Commission, comuníquese con Texas Medicaid Health and Human Services Commission, al 1-800-335-8957, 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, hora del Centro. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-512-424-6597. Pregunte cómo afecta la manera en que obtiene su cobertura de Texas Medicaid Health and Human Services Commission si se inscribe en otro plan o regresa a Medicare Original.

Sección 6: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta

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

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Dado que usted tiene Medicaid, ya está inscrito en el programa Ayuda Adicional, al que también se le conoce como Subsidio para personas de bajos ingresos. El programa Ayuda Adicional paga una parte del coseguro y los deducibles anuales, además de las primas de sus medicamentos con receta. Como usted ya califica, no tendrá la etapa sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas acerca del programa Ayuda adicional, llame a:
 - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - También puede llamar a la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, 7 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien

- La oficina estatal de Medicaid (para pedir solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Texas tiene un programa denominado Texas Kidney Health Care Program que ayuda a la gente a pagar sus medicamentos con receta basado en su necesidad financiera, edad o condición de salud. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con el Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el nombre y los teléfonos de esta organización se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2, de su **Evidencia de Cobertura**).
- **Ayuda para el costo compartido de las recetas de las personas con VIH o sida.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos de participación en el programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos contra el virus que salvan la vida. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen un comprobante de residencia en su estado, su estado de VIH, bajos ingresos según lo define el estado y no tener seguro o tener un seguro insuficiente. El medicamento con receta de la Parte D de Medicare, que también están cubiertos por el programa ADAP, califican para recibir asistencia con el costo compartido a través del programa ADAP de su estado. Para obtener más información acerca del criterio de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o para saber cómo inscribirse en el programa, llame al programa ADAP de su estado. Puede encontrar la información necesaria para comunicarse con el programa ADAP de su estado en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 7: ¿Preguntas?

SECCIÓN 7.1: Cómo obtener ayuda del plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP)

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

Le recomendamos leer su Evidencia de Cobertura 2019 (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 2019. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2019** del plan UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para obtener los servicios y los medicamentos con receta que están cubiertos. Puede revisar en Internet la **Evidencia de Cobertura**. Le podemos enviar una copia impresa por correo si se lo solicita a Servicio al Cliente.

Visite nuestro sitio web

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

SECCIÓN 7.2: Cómo obtener ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Visite el sitio web de Medicare

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

Lea Medicare y Usted 2019

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2019**. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y contiene respuestas a preguntas frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de esta guía, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov>) o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 7.3: Cómo obtener ayuda del Medicaid

Para obtener información de Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid), puede llamar a Texas Medicaid Health and Human Services Commission (Medicaid) al 1-800-335-8957. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-512-424-6597.



**UnitedHealthcare Dual Complete® Choice (Regional PPO SNP)
Servicio al Cliente:**

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

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

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

Sitio web **www.UHCCommunityPlan.com**