



# Aviso Anual de Cambios 2024

UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP)



Número gratuito **1-800-690-1606**, TTY **711**

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



**[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**

**¿Tenemos su dirección correcta?**

Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.

United  
Healthcare®

# Encuentre las actualizaciones de su plan para el próximo año

Este aviso le proporciona información sobre las actualizaciones de su plan, pero tenga en cuenta que no incluye todos los detalles. En este aviso usted será dirigido a [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) para revisar los detalles en Internet. Todos los documentos que se indican a continuación estarán disponibles en Internet para el **15 de octubre de 2023**.

## Directorio de Proveedores

Revise el Directorio de Proveedores 2024 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 2024 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 2024 para obtener información detallada de los costos y beneficios de su 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 1-800-690-1606 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

## Reduzca la acumulación de papeles y obtenga los documentos del plan más rápido.

Visite [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan) para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP) ofrecido por UnitedHealthcare

# Aviso Anual de Cambios para 2024



**Actualmente está inscrito como miembro de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS 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, revise la Evidencia de Cobertura, que se encuentra disponible en nuestro sitio web en **UHCCommunityPlan.com**. 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 en los beneficios y los costos para saber si le afectan.
  - Revise los cambios en los costos de el 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 2024 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.
- 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](https://es.medicare.gov/plan-compare) o revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2024.
- 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 2023, usted será inscrito en UHC Dual Complete TN-S001 (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 2024**. Esto terminará su inscripción en UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS 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, documentos en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Para obtener más información, llámenos al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro o en la portada de la guía de su plan.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as documents in other languages, braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. For more information, please call us toll-free at the number on your member ID card or the front of your plan booklet.
- 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](https://www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families) para obtener más información.

**Acerca de UHC Dual Complete TN-S001 (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 Tennessee Medicaid para coordinar los beneficios que usted recibe de Medicaid.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en este documento, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP).
- Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto los costos compartidos correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Todo beneficio adicional de Medicare mencionado en esta comunicación, por encima de Medicare Original, se aplica solamente al beneficio de Medicare y no indica que existan mayores beneficios de Medicaid.

# Aviso Anual de Cambios para el año 2024

## Índice

<b>Resumen de costos importantes para el año 2024.....</b>		<b>7</b>
<b>Sección 1</b>	<b>Cambio del Nombre del Plan.....</b>	<b>9</b>
<b>Sección 2</b>	<b>Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año.....</b>	<b>9</b>
	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.....	11
	Sección 2.5: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D .....	14
<b>Sección 3</b>	<b>Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....</b>	<b>16</b>
	Sección 3.1: Si Desea Seguir en UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP) .....	16
	Sección 3.2: Si Decide Cambiar de Plan.....	17
<b>Sección 4</b>	<b>Cambiar de Plan.....</b>	<b>17</b>
<b>Sección 5</b>	<b>Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare y Medicaid..</b>	<b>18</b>
<b>Sección 6</b>	<b>Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....</b>	<b>19</b>
<b>Sección 7</b>	<b>¿Tiene preguntas?.....</b>	<b>20</b>
	Sección 7.1: Cómo Recibir Ayuda de UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP).....	20
	Sección 7.2: Cómo Recibir Ayuda de Medicare.....	20
	Sección 7.3: Cómo Recibir Ayuda de Medicaid.....	21

## Resumen de costos importantes para el año 2024

La siguiente tabla compara, en varias áreas importantes, los costos del año 2023 con los costos del año 2024 del plan UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los costos.** Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0 de copago por el deducible, las visitas al consultorio médico y estadias en el hospital como paciente hospitalizado.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan *</b> *Es posible que la prima sea mayor que esta cantidad. (Consulte la Sección 2.1 para obtener información detallada.)	\$0	\$0
<b>Máximos de gastos de su bolsillo</b> 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 información detallada.)	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.
<b>Visitas al consultorio médico</b>	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.
<b>Estadias en el hospital como paciente hospitalizado</b>	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



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-800-690-1606**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
	Medicare por un número ilimitado de días.	Medicare por un número ilimitado de días.
<p><b>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D</b>                      (Consulte la Sección 2.5 para obtener información detallada.)                      Para saber cuáles son los Medicamentos de Insulina Cubiertos, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.</p>	<p>Deducible:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0</p> <p>Por todos los medicamentos cubiertos:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p>	<p>Deducible:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0</p> <p>Por todos los medicamentos cubiertos:</p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p>



**¿Tiene preguntas?** Llame a Servicio al Cliente al **1-800-690-1606**, TTY **711**, 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre



## Sección 1 Cambio del Nombre del Plan

El día 1 de enero de 2024, el nombre de nuestro plan cambiará de UnitedHealthcare Dual Complete® (HMO-POS D-SNP) a UHC Dual Complete TN-S001 (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 1-800-690-1606 (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	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Prima mensual</b> (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

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Máximo de gastos de su bolsillo</b>  Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Division of TennCare (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.  Usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para	\$0  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.	\$0  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.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) que haya recibido de proveedores de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo.</p>		

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.

### Sección 2.3 Cambios en las Redes de Proveedores y Farmacias

Encontrará los directorios actualizados en nuestro sitio web en [myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan). 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 cual le enviaremos en un plazo no mayor de tres días hábiles.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 2024 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 2024 para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

Tenga en cuenta que podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) y farmacias que forman parte de su plan durante el año. 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.

Según sea su categoría de participación en Medicaid, por los servicios cubiertos por Medicare:

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, usted paga \$0 de copago por su costo compartido de Medicare.

Si usted no es un Beneficiario Calificado de Medicare o no recibe beneficios completos de Medicaid, debe pagar el costo compartido de Medicare.

El costo compartido de Medicare incluye copagos, coseguros y deducibles. Para obtener información detallada, comuníquese con Division of TennCare (Medicaid) al 1-800-342-3145.

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p><b>Servicios dentales</b> Servicios dentales preventivos e integrales</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$5,000 por año. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos.</p> <p>Usted tiene cobertura de hasta \$5,000 por año. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>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.</p> <p>La lista de los servicios cubiertos por su plan ha cambiado. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

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

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Servicios para la audición</b> Aparatos auditivos	<p>Usted recibe una asignación de \$3,600 para hasta 2 aparatos auditivos con receta cada año (solamente productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores que ofrece UnitedHealthcare Hearing para tener acceso a este beneficio.</p>	<p>Usted recibe una asignación de \$3,600 para hasta 2 aparatos auditivos con receta y de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cada año (solamente productos selectos).</p> <p>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de UnitedHealthcare Hearing (solamente productos selectos).</p> <p>Usted debe usar los proveedores que ofrece UnitedHealthcare Hearing para tener acceso a este beneficio.</p>

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

Costos	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Crédito para alimentos, productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño y facturas de servicios públicos</b>	<p>\$230 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, alimentos saludables, y pagar ciertas facturas de servicios públicos. Los créditos vencen al final de cada mes.</p> <p>No se cubren dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño.</p>	<p>\$248 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño selectos, alimentos saludables, y pagar ciertas facturas de servicios públicos. Los créditos vencen al final de cada mes.</p> <p>Use su UCard en Internet o en una tienda para acceder a sus beneficios.</p> <p>Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información.</p>

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

## Sección 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 ([myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)).

En nuestra Lista de Medicamentos realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tendrán cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción, o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

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.

Para saber cuáles son las Insulinas Cubiertas, revise la Lista de Medicamentos más actualizada que proporcionamos electrónicamente. Si tiene preguntas sobre la Lista de Medicamentos, también puede llamar a Servicio al Cliente.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise 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, **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse 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.)

**Cambios en la Etapa del Deducible**

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa del Deducible Anual (Parte D)</b>	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.	Esta etapa de pago no se aplica en su caso ya que este plan no tiene un deducible.

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

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b> Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus	Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una	Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una

Etapa	2023 (este año)	2024 (próximo año)
<p>medicamentos y <b>usted paga su parte del costo.</b></p> <p>La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están cubiertas sin costo para usted.</p> <p>Los costos indicados en este renglón corresponden al suministro de un mes (30 días) si surte su receta en una farmacia de la red con costo compartido estándar.</p>	<p>farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Por todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,660, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).</p>	<p>farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p><b>Por todos los medicamentos cubiertos:</b></p> <p><input type="checkbox"/> \$0 de copago</p> <hr/> <p>Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$5,030, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).</p>

### Cambios en la Etapa Sin Cobertura y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos – 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 o la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.**

A partir del año 2024, si llega a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, usted no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

## Sección 3                      Cómo Decidir Qué Plan Elegir

### Sección 3.1                      Si Desea Seguir en UHC Dual Complete TN-S001 (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 UHC Dual Complete TN-S001 (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 2024, 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](https://es.medicare.gov/plan-compare)), lea **el manual Medicare y Usted 2024**, 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**, inscribese en el nuevo plan. Su inscripción en UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en UHC Dual Complete TN-S001 (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 2024.

### ¿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.

Debido a que usted tiene Division of TennCare, es posible que pueda terminar su membresía en nuestro plan o cambiarse a un plan diferente una vez durante cada uno de los siguientes Periodos de inscripción Especial:

- De enero a marzo
- De abril a junio
- De julio a septiembre

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2024, 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 2024.

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 Tennessee, el programa SHIP se llama Tennessee Commission on Aging & Disability - TN 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 Tennessee Commission on Aging & Disability - TN 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 Tennessee Commission on Aging & Disability - TN SHIP al 1-877-801-0044.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Division of TennCare, comuníquese con Division of TennCare, al 1-800-342-3145, 8 a.m. a 4:30 p.m., hora del Centro, 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 Division of TennCare.

## 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:
  - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
  - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, 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).
- 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 Recibir Ayuda de UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP)**

---

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-800-690-1606. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

#### **Lea su Evidencia de Cobertura 2024 (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 2024. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2024** de UHC Dual Complete TN-S001 (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 **myuhc.com/communityplan**. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

#### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en **myuhc.com/communityplan**. Recuerde que nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario).

---

### Sección 7.2 **Cómo Recibir 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](https://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](https://es.medicare.gov/plan-compare).

**Lea Medicare y Usted 2024**

Lea el manual **Medicare y Usted 2024**. Es un documento 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 documento, 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 Recibir Ayuda de Medicaid**

---

Para obtener información de Division of TennCare (Medicaid), usted puede llamar a Division of TennCare (Medicaid) al 1-800-342-3145. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## ¿Necesita ayuda gratuita con esta carta?

Si usted habla un idioma diferente al inglés, existe ayuda gratuita disponible en su idioma. Esta página le indica cómo obtener ayuda en otro idioma. Le indica también sobre otras ayudas disponibles.

### Spanish: Español

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-690-1606 (TTY:711).

### Kurdish: كوردی

ئاگاداری: ئهگهر به زمانی کوردی قهسه دهکهیت، خزمهتگوزاریهکانی یارمتهی زمان، بهخوڕایی، بۆ تو بهردهسته. پهپوهندی به 1-800-690-1606 (TTY:711)..بکه

### Arabic: ربيّة علة

وظة حلم: اذا ملكتتة علة اتمدخدة عاسملا وبةعلا رةفوتمك انجام. اتصل مقبر: 1-800-690-1606 (TTY: 711) مقرفتاه صملا و مكللا

### Chinese: 繁體中文

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-690-1606 (TTY:711)。

### Vietnamese: Tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-690-1606 (TTY:711).

### Korean: 한국어

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-690-1606 (TTY:711) 번으로 전화해 주십시오.

### French: Français

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-690-1606 (TTY:711).

### Amharic: አማርኛ

ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-690-1606 (መስማት ለተሳናቸው: TTY:711)።

### Gujarati: ગુજરાતી

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-690-1606 (TTY:711).

**Laotian: ພາສາລາວ**

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-690-1606 (TTY:711).

**German: Deutsch**

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-690-1606 (TTY:711).

**Tagalog: Tagalog**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-690-1606 (TTY:711).

**Hindi: हिंदी**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-690-1606 (TTY:711). पर कॉल करें।

**Serbo-Croatian: Srpsko-hrvatski**

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-690-1606 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

**Russian: Русский**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-690-1606 (телетайп: TTY:711).

**Nepali: नेपाली**

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-690-1606 (टि टि वाइ: TTY:711).

**Persian: فارسی**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-690-1606 تماس بگیرید. (TTY:711)

- **¿Necesita ayuda para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos?**
- **¿Tiene alguna discapacidad y necesita ayuda para su cuidado o para tomar parte en uno de nuestros programas o servicios?**
- **¿O tiene más preguntas sobre su atención médica?**

**Llámenos gratis al 1-800-690-1606. Podemos conectarlo con la ayuda o servicio gratuito que necesite. Para el sistema TTY (Para los sordos) llame al: 711)**

Obedecemos las leyes de derechos civiles federales y estatales. No tratamos a las personas de manera diferente por su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo.

¿Siente que no le dimos ayuda o que fue tratado de manera diferente debido a su raza, color, origen, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo?

Puede presentar una queja por correo, por correo electrónico o en internet. A continuación tiene tres lugares donde puede presentar dicha queja:

**TennCare, Office of Civil Rights Compliance**

310 Great Circle Road, 3W  
Nashville, TN 37243

Email: [HCFA.Fairtreatment@tn.gov](mailto:HCFA.Fairtreatment@tn.gov)

Phone: 1-855-857-1673 (TRS 711)

Puede obtener un formulario de queja en:

<https://www.tn.gov/tenncare/members-applicants/civil-rights-compliance.html>

**Civil Rights Coordinator, UnitedHealthcare Civil Rights Grievance**

P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UT 84130

Email: [UHC\\_Civil\\_Rights@uhc.com](mailto:UHC_Civil_Rights@uhc.com)

Phone: 1-800-690-1606

**U.S. Department of Health & Human Services, Office for Civil Rights**

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Phone: 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697)

Puede obtener un formulario de queja en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

O puede presentar una queja en: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>



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

## UHC Dual Complete TN-S001 (HMO-POS D-SNP) Servicio al Cliente:



Llame al **1-800-690-1606**

Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a.m. a 8 p.m.: los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de intérpretes de idiomas para personas que no hablan inglés.

**TTY 711**

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



Escriba a: **P.O. Box 30769**  
**Salt Lake City, UT 84130-0769**



**[myuhc.com/communityplan](https://myuhc.com/communityplan)**