



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

Aviso anual de cambios 2022

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)



Llamada gratuita 1-866-314-8188, TTY 711

24 horas del día, los 7 días de la semana



www.myUHCMedicare.com

¿Tenemos su dirección correcta?

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

**United
Healthcare**

 **Erickson**
SENIOR LIVING®
ERICKSON ADVANTAGE®

Encuentre las actualizaciones de su plan para el próximo año

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

Directorio de Proveedores

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

Directorio de Farmacias

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

Lista de Medicamentos (Formulario)

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

Evidencia de Cobertura (EOC)

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

¿Prefiere recibir copias impresas?

Si desea una copia impresa de todo lo indicado anteriormente, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al 1-866-314-8188 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Aviso anual de cambios para 2022



Actualmente está inscrito como miembro de Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).

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

Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Qué debe hacer ahora:

1. Pregúntese: Qué cambios le afectan a usted

- ☐ Revise los cambios a los beneficios y los costos para saber si le afectan.
 - ☐ Es importante revisar su cobertura ahora mismo para asegurarse de que satisfaga sus necesidades para el próximo año.
 - ☐ ¿Se ven afectados por los cambios los servicios que usted usa?
 - ☐ Consulte la Sección 1 para obtener información sobre los cambios en los beneficios y los costos de nuestro plan.
- ☐ Revise en esta guía los cambios a nuestra cobertura de medicamentos con receta para saber si le afectan.
 - ☐ ¿Tendrán cobertura sus medicamentos?
 - ☐ ¿Están sus medicamentos en otro nivel que tiene otro costo compartido?
 - ☐ ¿Tiene nuevas restricciones alguno de sus medicamentos? (Por ejemplo, si necesita nuestra aprobación para surtir una receta)
 - ☐ ¿Podrá seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Existen cambios en el costo al utilizar una farmacia en particular?
 - ☐ Consulte la Sección 1.6 de la Lista de Medicamentos 2022 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura de medicamentos.
 - ☐ Es posible que los costos de sus medicamentos hayan aumentado desde el año pasado. Hable con su médico sobre las alternativas de costo más bajo que pudieran estar disponibles; esto le ayudaría a ahorrar en los gastos de su bolsillo anuales durante todo el año. Para obtener más información sobre los precios de los medicamentos, visite es.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage, y haga clic en el enlace “tableros de control” que

aparece en el medio de la segunda Nota en la parte de abajo de la página. Estos tableros indican qué fabricantes han aumentado sus precios y, además, muestran información adicional sobre los precios de los medicamentos de un año a otro. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden cambiar los costos de sus medicamentos.

- ☐ Compruebe que sus médicos y demás proveedores sean parte de nuestra red el próximo año.
 - ☐ ¿Están sus médicos, incluso los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ☐ ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores que usted usa?
 - ☐ Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre nuestro Directorio de Proveedores.
- ☐ Considere los costos generales del cuidado de su salud.
 - ☐ ¿Cuáles serán los gastos de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que usa regularmente?
 - ☐ ¿Cuánto costarán la prima y los deducibles del plan?
 - ☐ ¿Cómo se comparan los costos totales de su plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- ☐ Pregúntese si está conforme con nuestro plan.

2. Compare: Obtenga información sobre otras opciones de planes

- ☐ Revise qué coberturas y qué costos existen en el área donde usted vive.
 - ☐ Use la función de búsqueda personalizada del Buscador de Planes de Medicare en el sitio web es.medicare.gov/plan-compare.
 - ☐ Revise la lista que aparece al final del manual Medicare y Usted 2022.
 - ☐ Consulte la Sección 2.2 para obtener más información sobre sus opciones.
- ☐ Una vez que se decida por un plan, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. Elija: Usted decide si se cambia de plan

- ☐ Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2021, usted será inscrito en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).
- ☐ Si desea cambiarse a otro plan que satisfaga mejor sus necesidades, puede cambiarse de plan o cambiarse a Medicare Original (con o sin un plan aparte para medicamentos con receta de Medicare) en cualquier momento.

4. Inscribese: Si desea cambiar de plan, puede inscribirse al otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre** de **2021**

- ☐ Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2021**, usted será inscrito en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).

- Si se **inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2021**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2022. La inscripción en su plan actual se cancelará automáticamente.

Recursos Adicionales

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, cartas en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Comuníquese con nuestro número de Servicio al Cliente al 1-866-314-8188 para obtener información adicional (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as letters in other languages, Braille, large print, audio, or you can ask for an interpreter. Please contact our Customer Service number at 1-866-314-8188 for additional information (TTY users should call 711). Hours are 24 hours a day, 7 days a week.
- **La cobertura de este plan cumple los requisitos de una Cobertura de Salud que Califica (Qualifying Health Coverage, QHC)**, además de los de la responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/es/affordable-care-act/individuals-and-families para obtener más información.

Acerca de Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-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. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en esta guía, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).

Resumen de costos importantes para el año 2022

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2021 con los del año 2022 del plan Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP). **Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en www.myUHC Medicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima Mensual del Plan* *Es posible que el costo de la prima sea mayor o menor que esta cantidad. (Consulte la Sección 1.1 para obtener más información).	\$28.80	\$32.30
Máximos de gastos de su bolsillo Esto es lo <u>máximo</u> que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener más información.)	De proveedores de la red: \$500 De proveedores fuera de la red: Ilimitado	De proveedores de la red: \$500 De proveedores fuera de la red: Ilimitado
Visitas al consultorio médico	Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red). Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red). Visitas con un especialista:	Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red). Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red). Visitas con un especialista:



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-314-8188**, TTY **711**, 24 horas del día, los 7 días de la semana

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red). Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).	Usted paga \$0 de copago por cada visita (dentro de la red). Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).
Estadías en el hospital como paciente hospitalizado Incluye cuidado de casos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales para cuidado a largo plazo y otros servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados 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.	Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red). Usted paga 30% del costo total por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).	Usted paga \$0 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red). Usted paga 30% del costo total por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (fuera de la red).
Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información.) Para saber cuáles son los medicamentos de insulina selectos, 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.	Deducible: Esta etapa de pago no corresponde en su caso porque este plan no tiene un deducible. Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la etapa de cobertura inicial: ☐ Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en	Deducible: Esta etapa de pago no corresponde en su caso porque este plan no tiene un deducible. Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial: ☐ Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-314-8188**, TTY **711**, 24 horas del día, los 7 días de la semana

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$28 de copago ☐ Medicamentos de Insulina Selectos¹: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$28 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$70 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la	farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$0 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$28 de copago ☐ Medicamentos de Insulina Selectos¹: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$28 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) \$70 de copago ☐ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-314-8188**, TTY **711**, 24 horas del día, los 7 días de la semana

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	red) 33% del costo total	red) 33% del costo total

¹ Para el año 2022, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$28 por un suministro de 1 mes de los medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "Intervalo en la Cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional").



¿Tiene preguntas? Llame a nuestro Servicio al Cliente al **1-866-314-8188**, TTY **711**, 24 horas del día, los 7 días de la semana

Resumen de costos importantes para el año 2022.....		6
Sección 1	Cambios en los Beneficios y Costos para el Próximo Año.....	11
	Sección 1.1: Cambios en la Prima Mensual.....	11
	Sección 1.2: Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo.....	11
	Sección 1.3: Cambios en la Red de Proveedores.....	12
	Sección 1.4: Cambios en la Red de Farmacias.....	13
	Sección 1.5: Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.....	13
	Sección 1.6: Cambios en la Cobertura de Medicamentos con Receta de la Parte D	17
Sección 2	Cómo Decidir Qué Plan Elegir.....	21
	Sección 2.1: Si desea seguir en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)	21
	Sección 2.2: Si Decide Cambiar de Plan.....	21
Sección 3	Plazo para Cambiar de Plan.....	22
Sección 4	Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare.....	23
Sección 5	Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta.....	23
Sección 6	¿Tiene preguntas?.....	24
	Sección 6.1: Cómo Obtener Ayuda de Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).....	24
	Sección 6.2: Cómo Obtener Ayuda de Medicare.....	24

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

Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.)	\$28.80	\$32.30

- ☐ La prima mensual del plan será mayor si usted tiene la obligación de pagar una multa de por vida por inscripción tardía en la Parte D. La multa se aplica por estar (por 63 días o más) sin una cobertura de medicamentos que pague, como mínimo, tanto como la cobertura de medicamentos de Medicare (a esta cobertura se le llama “cobertura acreditable”).
- ☐ Si sus ingresos son más altos, es posible que tenga que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- ☐ La prima mensual del plan será menor si recibe el programa “Ayuda Adicional” para pagar los costos de sus medicamentos con receta. Consulte la Sección 5 con respecto al programa “Ayuda Adicional” de Medicare.

Sección 1.2 Cambios en los Máximos de Gastos de su Bolsillo

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

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) que haya recibido de proveedores de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su	\$500 Una vez que haya pagado \$500 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que	\$500 Una vez que haya pagado \$500 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
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.	pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario.	pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario.
Máximo de gastos de su bolsillo fuera de la red Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos) que haya recibido de proveedores fuera de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. La prima de su plan y los costos de sus medicamentos con receta no se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por servicios médicos.	Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red.	Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red.

Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

El próximo año habrá cambios en nuestra red de proveedores. Encontrará un Directorio de Proveedores actualizado en nuestro sitio web en www.myUHCMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de los proveedores o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores. **Revise el Directorio de Proveedores 2022 para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red.**

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

- ☐ Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, tenemos el deber de ofrecerle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- ☐ Haremos todo lo posible para avisarle al menos 30 días antes de que su proveedor deje nuestro plan para que usted tenga tiempo de elegir un nuevo proveedor.
- ☐ Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado para seguir administrando sus necesidades de cuidado de la salud.
- ☐ Si usted está bajo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo, y colaboraremos con usted para asegurarnos que así sea.
- ☐ Si usted cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una apelación contra nuestra decisión.
- ☐ Si se entera que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a buscar un nuevo proveedor para administrar su cuidado.

Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta depende de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una farmacia de nuestra red.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.myUHC Medicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para obtener la información actualizada de las farmacias o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias. **Revise el Directorio de Farmacias 2022 para saber qué farmacias son parte de nuestra red.**

Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos

Nuestra cobertura de ciertos servicios médicos se modificará el próximo año. La siguiente información describe esos cambios. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos (qué cubre el plan y qué paga usted), en su Evidencia de Cobertura **2022**. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web en www.myUHC Medicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos

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

- ☐ Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) agonistas y antagonistas de los opiáceos.

- ☐ Suministro y administración de los medicamentos mediante el tratamiento asistido con medicamentos (si corresponde)
- ☐ Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias
- ☐ Terapia individual y de grupo
- ☐ Pruebas de toxicología
- ☐ Actividades de admisión
- ☐ Evaluaciones periódicas

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios para la audición Aparatos auditivos	Usted paga \$375 - \$2,075 de copago por cada aparato auditivo; límite de 2 aparatos auditivos cada 2 años (solamente productos selectos). Usted paga \$375 de copago por aparatos auditivos con entrega a domicilio disponibles en todo el país (solamente productos selectos).	Usted paga \$375 - \$1,425 de copago por cada aparato auditivo, límite de 2 aparatos auditivos cada año (solamente productos selectos). Usted paga \$375 de copago por los aparatos auditivos con entrega a domicilio disponibles en todo el país (solamente productos selectos).
Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare	Usted paga 30% del costo total (fuera de la red).	Usted paga \$0 de copago por antígenos para alergias de la Parte B cubiertos por Medicare (fuera de la red). Usted paga 30% del costo total, de otra manera (fuera de la red).

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos	Usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios cubiertos por Medicare de programas para tratar trastornos por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD): ☐ Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para tratar trastornos por consumo de opiáceos y el suministro y la administración de estos medicamentos ☐ Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias ☐ Terapia individual y de grupo ☐ Pruebas de detección de drogas	Usted paga \$0 de copago por los siguientes servicios cubiertos por Medicare de programas para tratar trastornos por consumo de opiáceos (opioid use disorder, OUD): ☐ Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para tratar trastornos por consumo de opiáceos y el suministro y la administración de estos medicamentos ☐ Asesoramiento relacionado con el abuso de sustancias ☐ Terapia individual y de grupo ☐ Pruebas de detección de drogas ☐ Actividades de admisión ☐ Evaluaciones para revisar su progreso y el plan de tratamiento
Servicios de un Médico/Profesional, Servicios de Monitoreo Remoto Cubiertos por Medicare	Su costo compartido depende del servicio que reciba. Es posible que tenga que pagar el costo compartido de los servicios de diagnóstico no radiológicos, de los servicios para el cuidado	Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	primario, o de los servicios de un médico especialista (dentro de la red).	
Visitas Virtuales Médicas	Usted paga \$0 de copago.	Usted paga \$0 de copago. La lista de los servicios cubiertos por su plan ha cambiado, consulte su Evidencia de Cobertura para ver una lista completa de los servicios cubiertos.
Visitas virtuales de salud mental	Sin cobertura	Usted paga \$0 de copago.

Costos	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Cuidado de la vista Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina	Usted paga \$0 de copago por lentes estándar; reciba hasta \$100 para la compra de marcos o lentes de contacto a través de proveedores de UnitedHealthcare Vision cada 2 años. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se comprenden de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Vision.	Usted paga \$0 de copago por lentes estándar; reciba hasta \$100 para la compra de marcos o lentes de contacto a través de proveedores de UnitedHealthcare Vision cada año. Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red de UnitedHealthcare Vision (solamente productos selectos). Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se comprenden de un proveedor de la red de UnitedHealthcare Vision.

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

Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

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

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

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

- ☐ Consulte a su médico (u otro profesional que receta) sobre cómo solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento. **A los miembros actuales les recomendamos que soliciten una excepción antes del próximo año.**
- ☐ Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su **Evidencia de Cobertura (Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas])** o llame a Servicio al Cliente.
- ☐ **Consulte a su médico (u otro profesional que receta) para encontrar otro medicamento** que cubramos. Llame a Servicio al Cliente para pedir una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

A fin de evitar una interrupción en la terapia, en algunos casos se nos exige que cubramos, en los primeros 90 días del año del plan o los primeros 90 días de la membresía, un suministro temporal de un medicamento que no está en la Lista de Medicamentos (Formulario) o que tiene restricciones de algún tipo. (Si desea saber cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitarlo, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la **Evidencia de Cobertura.**) Durante el tiempo en que recibe el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se termine su suministro temporal. Puede cambiar el medicamento por otro cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra su medicamento actual.

Si obtuvo aprobación para una excepción a la Lista de Medicamentos (Formulario) este año, refiérase a la carta de aprobación que indica la fecha de vencimiento de la aprobación. Una vez que ha pasado la fecha de vencimiento indicada en la carta de aprobación, tendrá que obtener una nueva aprobación para que el plan siga cubriendo el medicamento (siempre y cuando el medicamento todavía requiera una excepción y si usted y su médico consideran que es necesario). Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura o llame a Servicio al Cliente.

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

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

Cambios en los Costos de los Medicamentos con Receta

Tenga en cuenta: Si usted recibe el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique en su caso. Le enviamos un documento aparte, titulado “Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para

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

Las “etapas de pago de medicamentos” son cuatro. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en que se encuentre. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 6 de su **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 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. 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 nuestro sitio web en www.myUHCMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.)

Cambios en la Etapa del Deducible

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

Cambios en su Costo Compartido Durante la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte la Sección 1.2 del Capítulo 6, **Gastos de su bolsillo que podría pagar por los medicamentos cubiertos** en su **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.	Su costo por un suministro de un mes, surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:	Su costo por un suministro de un mes, surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
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. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura. Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos.	Nivel 1 - Medicamentos Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. Nivel 2 - Medicamentos Genéricos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. Nivel 3 - Medicamentos de Marca Preferidos: Usted paga \$28 por cada medicamento con receta. Medicamentos de Insulina Selectos¹: Usted paga \$28 por Insulinas Selectas. Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos: Usted paga \$70 por cada medicamento con receta. Nivel 5 - Medicamentos de Especialidad: Usted paga 33% del costo total. Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,130, usted pasará a la etapa	Nivel 1 - Genéricos Preferidos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. Nivel 2 - Genéricos: Usted paga \$0 por cada medicamento con receta. Nivel 3 - De Marca Preferidos: Usted paga \$28 por cada medicamento con receta. Medicamentos de Insulina Selectos¹: Usted paga \$28 por Insulinas Selectas. Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos: Usted paga \$70 por cada medicamento con receta. Nivel 5 - De Especialidad: Usted paga 33% del costo total. Una vez que los costos totales de sus medicamentos hayan alcanzado \$4,430, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa Sin Cobertura).

Etapa	2021 (este año)	2022 (próximo año)
	siguiente (la Etapa Sin Cobertura).	

¹ Para el año 2022, este plan participa en el Modelo de Ahorros de la Parte D para Adultos de Edad Avanzada, que ofrece gastos de su bolsillo estables, predecibles y más bajos por insulina cubierta a través de las diferentes etapas de cobertura de beneficios de la Parte D. Usted pagará un máximo de \$28 por un suministro de 1 mes de los medicamentos de insulina selectos de la Parte D durante la Etapa del Deducible, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa Sin Cobertura o "Intervalo en la Cobertura" de su beneficio. Pagará el 5% del costo total de su insulina en la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores. Este costo compartido solamente se aplica a los miembros que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda Adicional").

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

Nuestro plan ofrece cobertura adicional durante la Etapa Sin Cobertura para insulinas selectas. Durante la Etapa Sin Cobertura, los gastos de su bolsillo por medicamentos de insulina selectos serán de \$28 por un suministro de un mes en una farmacia minorista.

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.** Para obtener información sobre los costos en estas etapas, consulte las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su **Evidencia de Cobertura**.

Sección 2 Cómo Decidir Qué Plan Elegir

Sección 2.1 Si desea seguir en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)

Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada. Si no se inscribe en otro plan o no se cambia a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente en nuestro plan Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP).

Sección 2.2 Si Decide Cambiar de Plan

Esperamos que siga siendo miembro de nuestro plan el próximo año, pero si decide cambiar de plan para el año 2022, siga estos pasos:

Paso 1: Sepa con qué opciones cuenta y compárelas

- ☐ Usted puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- ☐ – O – Usted puede cambiarse a Medicare Original. Si se cambia a Medicare Original, tendrá que decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, consulte la Sección 1.1 con respecto a una posible multa por inscripción tardía en la Parte D.

Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare, lea **el manual Medicare y Usted 2022**, llame al Programa Estatal de Asistencia para el Seguro de Salud (consulte la Sección 4) o llame a Medicare (consulte la Sección 6.2).

Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. Visite es.medicare.gov/plan-compare. **En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad de los planes de Medicare.**

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

Paso 2: Cambie su cobertura

- ☐ Para **cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente**, inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) se cancelará automáticamente.
- ☐ Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscríbase en el nuevo plan de medicamentos. Su inscripción en Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) se cancelará automáticamente.
- ☐ Para **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos con receta**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo debe hacer esto, comuníquese con Servicio al Cliente (los números de teléfono están en la Sección 6.1 de esta guía).
 - – o – Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 3 Plazo para Cambiar de Plan

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 4 Programas que Ofrecen Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en todos los estados.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud es una entidad independiente (no está relacionada con ninguna compañía de seguros ni con ningún plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para proporcionar asesoramiento **gratuito** sobre el seguro de salud a las personas inscritas en Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud 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. El número de teléfono y la dirección de su programa SHIP se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 5 Programas que Ayudan a Pagar los Medicamentos con Receta

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

- ❑ **Programa “Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa “Ayuda Adicional” que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales, los deducibles anuales y los coseguros de su plan de medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no pasarán por la Etapa Sin Cobertura ni tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Muchas personas cumplen los requisitos y ni siquiera lo saben. Para saber si califica, llame:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;
 - A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o
 - A la Oficina Estatal de Medicaid (solicitudes).
- ❑ **Asistencia del Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos de su estado.** El Programa Estatal de Ayuda para Medicamentos ayuda a pagar los medicamentos con receta según las necesidades financieras, la edad o la condición médica de la persona. Para obtener más información sobre el programa, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (el nombre y los números de teléfono de esta organización se encuentran en la Sección 3 del Capítulo 2 de su **Evidencia de Cobertura**).
- ❑ **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance

Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del programa ADAP y que viven con el VIH o sida tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Las personas deben cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del programa ADAP de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 6 **¿Tiene preguntas?**

Sección 6.1 **Cómo Obtener Ayuda de Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP)**

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudarle. Llame a Servicio al Cliente al 1-866-314-8188. (Los usuarios de TTY, exclusivamente, deben llamar al 711.) Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 24 horas del día, los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su Evidencia de Cobertura 2022 (contiene información detallada de los costos y beneficios para el próximo año)

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2022. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2022** de Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en www.myUHCMedicare.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Visite nuestro sitio web

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

Sección 6.2 **Cómo Obtener Ayuda de Medicare**

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio web de Medicare

Puede visitar el sitio web de Medicare (es.medicare.gov). En este sitio encontrará información sobre los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para que pueda comparar los planes de salud de Medicare. Use el Buscador de Planes de Medicare en el sitio web del programa para encontrar información sobre los planes disponibles en su área. (Para ver la información sobre los planes, visite es.medicare.gov/plan-compare).

Lea Medicare y Usted 2022

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2022**. Es una publicación que se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a preguntas frecuentes sobre Medicare. Si usted no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (es.medicare.gov) 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.

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

Erickson Advantage® Guardian (HMO-POS I-SNP) Servicio al Cliente:



Llame al **1-866-314-8188**

Las llamadas a este número son gratis 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 24 horas del día, los 7 días de la semana.



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



www.myUHCMedicare.com