

AVISO ANUAL DE CAMBIOS 2020



Cambios importantes en su plan

Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS)



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

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



www.EricksonAdvantage.com

¿Tenemos su dirección correcta?

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



Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS) ofrecido por UnitedHealthcare

Aviso Anual de Cambios 2020



Actualmente está inscrito como miembro de Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS).

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 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 1 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 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 2020 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, incluso los especialistas que consulta regularmente, en nuestra red?
 - ¿Están en nuestra red los hospitales y demás proveedores de servicios médicos que usted usa?
 - Consulte la Sección 1.3 para obtener información acerca de 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 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 2.2 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 Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS), no tiene que hacer nada. Seguirá inscrito en Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS).
- Si desea cambiarse a **otro plan** que satisfaga mejor sus necesidades, puede hacerlo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

4. INSCRÍBASE: Si desea cambiar de plan, puede inscribirse al otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre** de **2019**

- Si **no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2019**, usted seguirá inscrito en Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS).
- Si **se inscribe en otro plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019**, su nueva cobertura comenzará el 1 de enero de 2020.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible sin costo en otros idiomas.
- Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente al número 1-866-314-8188 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 1-866-314-8188 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 1-866-314-8188, 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 Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS)

- 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. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- 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 Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS).

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara en varias áreas importantes los costos del año 2019 con los del año 2020 del Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS). **Tenga presente que este es solamente un resumen de cambios.** Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web: www.EricksonAdvantage.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una **Evidencia de Cobertura**.

Costos	2019 (este año)	2020 (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 1.1 para obtener más información).</p>	\$48.00	\$60.00
<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 1.2 para obtener más información).</p>	<p>De proveedores de la red: \$3,900</p> <p>De proveedores fuera de la red: Ilimitado</p>	<p>De proveedores de la red: \$4,200</p> <p>De proveedores fuera de la red: Ilimitado</p>
<p>Visitas al consultorio médico</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$20 de copago por cada visita (dentro de la red).</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p>	<p>Visitas con el proveedor de cuidado primario: Usted paga \$10 de copago por los servicios recibidos en un centro Erickson. Usted paga \$20 de copago por los servicios recibidos fuera de un centro Erickson.</p> <p>Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).</p>

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Visitas con un especialista: Usted paga \$40 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: Usted paga \$40 de copago por cada visita (dentro de la red). Usted paga 30% de coseguro por cada visita (fuera de la red).
<p>Estadía 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 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>	Usted paga \$200 de copago cada día por los días 1 a 7. \$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare (dentro de la red). Usted paga 30% de coseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (fuera de la red).	Usted paga \$200 de copago cada día por los días 1 a 7. \$0 de copago por los días adicionales cubiertos por Medicare (dentro de la red). Usted paga 30% de coseguro por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número de días ilimitado (fuera de la red).
<p>Cobertura de medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener más información).</p>	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:	Deducible: \$0 por los medicamentos del Nivel 1, Nivel 2 y Nivel 3 \$200 por los medicamentos del Nivel 4 y Nivel 5 Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="769 398 1100 636">☐ Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) \$5 de copago <li data-bbox="769 679 1100 916">☐ Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) \$10 de copago <li data-bbox="769 959 1100 1196">☐ Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) \$45 de copago <li data-bbox="769 1239 1100 1476">☐ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) \$85 de copago <li data-bbox="769 1519 1100 1757">☐ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) 33% del costo total 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1150 398 1495 636">☐ Medicamento del Nivel 1: Costo compartido en farmacias minoristas: estándar(dentro de la red) \$5 de copago <li data-bbox="1150 679 1486 916">☐ Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) \$15 de copago <li data-bbox="1150 959 1495 1196">☐ Medicamento del Nivel 3: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) \$45 de copago <li data-bbox="1150 1239 1486 1476">☐ Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) \$85 de copago <li data-bbox="1150 1519 1486 1757">☐ Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacias minoristas estándar (dentro de la red) 29% del costo total

Aviso Anual de Cambios para 2020

Índice

Resumen de costos importantes para 2020.....	5
Sección 1: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año.....	9
Sección 1.1: Cambios a la prima mensual.....	9
Sección 1.2: Cambios a su cantidad máxima de gasto de su bolsillo.....	9
Sección 1.3: Cambios en la red de proveedores.....	10
Sección 1.4: Cambios en la red de farmacias.....	11
Sección 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	11
Sección 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D 18	
Sección 2: Cómo decidir qué plan elegir.....	22
Sección 2.1: Si desea seguir en el plan Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS)	22
Sección 2.2: Si decide cambiar de plan.....	22
Sección 3: Fecha límite para Cambiar de plan.....	23
Sección 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare.....	24
Sección 5: Programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta.	24
Sección 6: ¿Preguntas?.....	25
Sección 6.1: Cómo obtener ayuda del plan Erickson Advantage® Freedom (HMO- POS).....	25
Sección 6.2: Cómo obtener ayuda de Medicare.....	26

Sección 1: Cambios en los beneficios y costos para el próximo año

SECCIÓN 1.1: Cambios a la prima mensual

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare.)	\$48.00	\$60.00

- La prima mensual del plan será mayor si usted debe pagar una multa de por vida por inscripción tardía a la Parte D. La multa se aplica por no haber contado por 63 días o más con 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 cubrir los costos de sus medicamentos con receta.

SECCIÓN 1.2: 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	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Cantidad máxima 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	\$3,900 Una vez que haya pagado \$3,900 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores	\$4,200 Una vez que haya pagado \$4,200 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>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>de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año del calendario.</p>	<p>de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario.</p>
<p>Cantidad máxima de gastos de su bolsillo fuera de la red</p> <p>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 la cantidad máxima 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>Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red.</p>	<p>Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red.</p>

SECCIÓN 1.3: 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.EricksonAdvantage.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 del año 2020 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, tenemos el

- deber de ofrecerle 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 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 recetas tienen cobertura **solo** si las surte en una farmacia de nuestra red.

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el próximo año. Encontrará un Directorio de Farmacias actualizado en nuestro sitio web en www.EricksonAdvantage.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 2020 para encontrar farmacias de nuestra red.**

SECCIÓN 1.5: Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

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 **2020**. Encontrará una copia de la Evidencia de Cobertura en nuestro sitio web: www.EricksonAdvantage.com. Si lo prefiere, puede llamar a Servicio al Cliente para pedir que se le envíe por correo una Evidencia de Cobertura.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Autorización	No se requiere preautorización.	Su proveedor debe obtener una preautorización para algunos servicios. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.
Programa de Acondicionamiento físico	<u>Sin</u> cobertura.	\$0 de copago por 1 clase de acondicionamiento físico por mes en un centro Erickson
Servicios para la audición Examen de audición de rutina adicional	Usted paga \$20 de copago por 1 examen (exámenes) cada año. (dentro de la red) Usted paga 30% de coseguro por 1 examen (exámenes) cada año (fuera de la red) Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.	Usted paga \$0 de copago por 1 examen (exámenes) cada año. (dentro de la red) Usted paga 30% de coseguro por 1 examen (exámenes) cada año. (fuera de la red) Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.
Servicios para la audición Exámenes de audición y equilibrio cubiertos por Medicare	Usted paga \$20 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Servicios para la audición Aparatos auditivos</p>	<p>Usted paga \$330 de copago por cada dispositivo/aparato auditivo retroauricular, o \$380 de copago por cada dispositivo/aparato auditivo abierto intracanal; límite de 2 dispositivos cada año.</p>	<p>Usted paga \$375 - \$2,075 de copago por cada dispositivo/aparato auditivo; límite de 2 dispositivos cada 2 años (dentro de la red).</p> <p>Usted paga \$375 por cada aparato auditivo que pida por correo, enviado a cualquier lugar en los Estados Unidos. (Fuera de la red) Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p> <p>EPIC Hearing Health Care y hi HealthInnovations® se han fusionado para formar UnitedHealthcare Hearing. Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener información adicional sobre los aparatos auditivos.</p>

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare - Terapia escalonada</p>	<p>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 de la Parte B, 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 de la Parte B.</p>	<p>No corresponde.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos</p>	<p><u>Sin</u> cobertura.</p>	<p>Usted paga \$0 de copago (dentro de la red). Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento relacionado con opiáceos</p>	<p><u>Sin</u> cobertura.</p>	<p>Usted paga 30% del costo total (fuera de la red). Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura.</p>

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - Radioterapia	Usted paga \$30 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$40 de copago (dentro de la red).
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios - Otras pruebas de diagnóstico - Servicios de radiodiagnóstico, sin incluir radiografías	Usted paga \$50 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago por cada mamografía de diagnóstico. De lo contrario, usted paga \$50 de copago (dentro de la red)
Cirugía para pacientes ambulatorios - Centro de cirugía ambulatoria	Usted paga \$250 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga, de lo contrario, \$200 de copago (dentro de la red).
Cirugía para pacientes ambulatorios - Centros hospitalarios para pacientes ambulatorios	Usted paga \$250 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico. Usted paga, de lo contrario, \$200 de copago (dentro de la red).
Cirugía para pacientes ambulatorios - Servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios	Usted paga \$250 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$200 de copago (dentro de la red).

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico - Exámenes de audición y equilibrio cubiertos por Medicare	Usted paga \$20 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico - Otros profesionales de cuidado de la salud	Usted paga \$20 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago en el consultorio de un proveedor de cuidado primario (dentro de la red). Usted paga \$40 de copago en el consultorio de un especialista (dentro de la red).
Servicios de un médico/profesional, incluidas las visitas al consultorio médico - Proveedor de cuidado primario	Usted paga \$20 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$10 de copago por los servicios recibidos en un centro Erickson. Usted paga \$20 de copago por los servicios recibidos fuera de un centro Erickson. Los centros Erickson están identificados como Tipo 1 en el Directorio de Proveedores. Todos los demás centros están identificados como Tipo 2 en el Directorio de Proveedores.
Cuidado en un centro de enfermería especializada	Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 a 100 (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago cada día por los días 1 a 20. Usted paga \$100 de copago cada día por los días 21 a 62.

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
		Usted paga \$0 de copago cada día por los días 63 a 100 (dentro de la red).
Cuidado de la vista Exámenes oculares cubiertos por Medicare para evaluar si existen enfermedades de la vista	Usted paga \$40 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).
Cuidado de la vista Exámenes de la vista de rutina adicionales	Usted paga \$30 de copago por 1 examen cada año. (dentro de la red) Usted paga 30% de coseguro, del costo total, por 1 examen cada año. (fuera de la red) Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red	Usted paga \$0 de copago por 1 examen cada año. (dentro de la red) Usted paga 30% de coseguro, del costo total, por 1 examen cada año. (fuera de la red) Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red. Usted paga 30% de coseguro, del costo total, por 1 examen cada año. (fuera de la red) Este beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.
Cuidado de la vista Visitas cubiertas por Medicare	Usted paga \$40 de copago (dentro de la red).	Usted paga \$0 de copago (dentro de la red).

Costos	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Cuidado de la vista Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina</p>	<p>Usted paga \$0 de copago por lentes estándar; recibe un crédito total de \$100 para la compra de lentes/marcos y lentes de contacto cada 2 años. Este crédito se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>	<p>Recibe un crédito total de \$100 para la compra de lentes/marcos o lentes de contacto cada 2 años. (dentro de la red)</p> <p>Usted paga 50% de coseguro; recibe un crédito total de \$100 para la compra de lentes/marcos o lentes de contacto cada 2 años. (fuera de la red) Este crédito se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.</p>

SECCIÓN 1.6: Cambios en la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D

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.EricksonAdvantage.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 (u otro profesional que receta) sobre cómo solicitar al plan** que haga una excepción y cubra el medicamento.
 - Si desea saber cómo proceder para solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura (Qué debe 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 a otro profesional autorizado para recetar medicamentos) para encontrar un medicamento diferente** que sí tenga cobertura. Llame a Servicio al Cliente para solicitar una lista de medicamentos que tratan la misma condición médica y que sí tienen cobertura.

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 a otro medicamento que sí esté cubierto por el plan o solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento que está usando.

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.

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. Si recibe el programa Ayuda Adicional, recibirá la "Cláusula Adicional LIS" a más tardar el 30 de septiembre de 2019. 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 6.1 de esta guía.

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 en que 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 en www.EricksonAdvantage.com. Usted también puede llamar a Servicio al Cliente para que le enviemos una copia de la **Evidencia de Cobertura**).

Cambios a la etapa de deducible

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
<p>Etapa 1: Etapa de deducible anual En esta etapa usted paga el costo total de los medicamentos en el Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.</p>	<p>Debido a que el plan no tiene un deducible, esta etapa de pago no corresponde en su caso.</p>	<p>El deducible es \$200.</p> <p>En esta etapa usted paga \$5 por los medicamentos en el Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), \$15 por los medicamentos en el Nivel 2 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), \$45, por los medicamentos en el Nivel 3 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red). Usted paga el costo total de los medicamentos en los Niveles 4 y 5 hasta alcanzar el deducible anual</p>

Cambios al costo compartido durante 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** en la **Evidencia de Cobertura**.

Etapa	2019 (este año)	2020 (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 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 estándar.</p> <p>Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas mediante el servicio de medicamentos por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la Evidencia de Cobertura.</p> <p>Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para ver si sus medicamentos están en otro nivel, búselos en la Lista de Medicamentos.</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$5 por cada receta.</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$10 por cada receta .</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por cada receta.</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$85 por cada receta.</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga 33% del costo total.</p>	<p>Su costo por el suministro de un mes surtido en una farmacia de la red con costo compartido en farmacia estándar:</p> <p>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Usted paga \$5 por cada receta</p> <p>Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Usted paga \$15 por cada receta</p> <p>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Usted paga \$45 por cada receta</p> <p>Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Usted paga \$85 por cada receta</p> <p>Nivel 5 - Medicamentos de especialidad: Usted paga 29% del costo total</p>

Etapa	2019 (este año)	2020 (próximo año)
	Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$3,820, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).	Una vez que el total de los costos de sus medicamentos haya alcanzado \$4,020, usted pasará a la etapa siguiente (etapa sin cobertura).

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 2: Cómo decidir qué plan elegir

SECCIÓN 2.1: Si desea seguir en el plan Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS)

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 a más tardar el 7 de diciembre, seguirá inscrito automáticamente como miembro de nuestro plan para el año 2020.

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 2020, 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. 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 2020**, llame al Programa Estatal de Asistencia con 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 <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**, inscríbese en el nuevo plan. Se le dará de baja automáticamente de Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS).
- 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 Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS).
- 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 6.1 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.

Sección 3: Fecha límite para Cambiar de plan

Si el próximo año desea cambiarse a otro plan o a un plan Medicare Original, podrá hacerlo **del 15 de octubre al 7 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿Se pueden hacer cambios en otras fechas 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. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la **Evidencia de Cobertura**.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2020, 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 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 10, de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 4: Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare

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.

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud 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 Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud 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. Podrá encontrar el teléfono y la dirección de su SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura**.

Sección 5: 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.** Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir Ayuda Adicional con el fin de pagar sus medicamentos con receta. Si califica, Medicare podría pagar hasta 75% o más de sus medicamentos incluidas las primas mensuales, los deducibles anuales y el coseguro de sus medicamentos con receta. Además, aquellos que califican no tendrán un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y ni siquiera lo saben. Para ver si califica, 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

- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes).
- **Ayuda de su programa estatal de asistencia farmacéutica.** Programas estatales de asistencia farmacéutica 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 medicamentos 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 6: ¿Preguntas?

SECCIÓN 6.1: Cómo obtener ayuda del plan Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS)

¿Tiene preguntas? Estamos para ayudarlo. Llame al Servicio al Cliente al 1-866-314-8188. (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 2020 (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 2020. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura 2020** del plan Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS). 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. Encontrará una copia de la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web: www.EricksonAdvantage.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 el sitio web en www.EricksonAdvantage.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 6.2: 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 2020

Le conviene leer el manual **Medicare y Usted 2020**. 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.



Erickson Advantage® Freedom (HMO-POS) Servicio al Cliente:

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

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 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

Sitio web **www.EricksonAdvantage.com**