

Banner – University Advantage (HMO SNP) ofrecido por Banner – University Care Advantage

Aviso Anual de Cambios para 2019

En la actualidad, está inscrito como miembro de University Care Advantage. El próximo año, se aplicarán algunos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto describe los cambios.*

Qué hacer ahora

1. PREGUNTE: Cuáles cambios le aplicarán a usted

- Verifique los cambios en nuestros beneficios y costos para saber si lo afectan.
 - Es importante que revise ahora su cobertura para asegurarse de que satisfaga sus necesidades el próximo año.
 - ¿Estos cambios afectan los servicios que usted utiliza?
 - Consulte las Secciones 2.5 y 2.6 para obtener información acerca de los cambios en los beneficios y costos de nuestro plan.

- Verifique los cambios en el folleto correspondientes a nuestra cobertura para medicamentos con receta para saber se aplican a usted.
 - ¿Estarán cubiertos sus medicamentos?
 - ¿Los medicamentos están en un nivel diferente con un costo compartido distinto?
 - ¿Alguno de sus medicamentos tiene restricciones nuevas, como requerir nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta?
 - ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? ¿Hay cambios en el costo por usar esta farmacia?
 - Revise la Lista de medicamentos para 2019 y consulte la Sección 2.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado respecto del año pasado. Consulte con su médico sobre alternativas disponibles para usted y que tengan un costo menor. Esto puede ayudarle a ahorrar en los costos anuales que paga de su bolsillo durante todo el año. Para obtener información adicional sobre los precios de los medicamentos visite <https://go.medicare.gov/drugprices>. Estos cuadros destacan qué fabricantes han estado aumentando sus precios y también muestran otra información de precios de medicamentos por año. Tenga en cuenta que los beneficios de su plan determinarán exactamente cuánto pueden variar los costos de sus medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Se encuentran sus médicos en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 2.3 y 2.4 para obtener información sobre nuestra Lista de proveedores y Lista de farmacias.
- Piense acerca de los costos de atención de la salud generales.
 - ¿Cuánto dinero pagará de su bolsillo por los servicios y medicamentos con receta que utiliza habitualmente?
 - ¿Cuánto gastará en su prima y los deducibles?
 - ¿Cómo se comparan sus costos totales del plan con otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si se encuentra satisfecho con nuestro plan.

2. **COMPARE:** conozca otras opciones del plan

- Revise la cobertura y los costos de los planes en su área.
 - Use la función de búsqueda personalizada Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web <https://www.medicare.gov>. Haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos).
 - Revise la lista en la contraportada del manual Medicare & You (Medicare y Usted).
 - Consulte la Sección 4.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limita su opción a un plan preferido, confirme sus costos y cobertura en el sitio web del plan.

3. **ELIJA:** decida si desea cambiar su plan

- Si desea **conservar** Banner – University Care Advantage, no es necesario que haga nada. Permanecerá en Banner – University Care Advantage.
- Si desea **cambiar a un plan diferente** que pueda satisfacer mejor sus necesidades, puede hacerlo desde ahora y hasta el 31 de diciembre. Consulte la Sección 4.2, página 21 para aprender sobre sus opciones.

4. **INSCRÍBASE:** para cambiar su plan, inscríbese en un plan entre **ahora** y el **31 de diciembre de 2018**

- Si **no se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, permanecerá en Banner – University Care Advantage.
- Si **se inscribe en otro plan antes del 31 de diciembre de 2018**, su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes.

- Comenzando en el 2019, habrán nuevos límites en qué tan seguido usted puede cambiar de plan. Consulte la Sección 5, página 22 para informarse.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible gratuitamente en inglés.
- Póngase en contacto con nuestro Centro de Servicio al Cliente llamando al (877) 874-3930 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario de atención es de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana.
- Este documento podría estar disponible en otros formatos incluyendo Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Para obtener información adicional, llame a nuestro número de Centro de Atención al Cliente al número de teléfono indicado anteriormente en esta página.
- **La cobertura bajo este plan reúne los requisitos (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Información acerca de Banner – University Care Advantage

- Banner – University Care Advantage es un HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en Banner – University Care Advantage depende de la renovación del contrato.
- Cuando aparecen las palabras “nosotros” o “nuestro” en esta publicación, significa Banner – University Advantage. Cuando aparecen las palabras “plan” o “nuestro plan”, significa Banner – University Care Advantage.

Resumen de costos importantes para 2019

La tabla que aparece a continuación compara los costos de 2018 con los costos de 2019 para Banner – University Care Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que éste es solo un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este *Aviso Anual de Cambios*** y examinar la Evidencia de Cobertura para ver si hay otros cambios de beneficios o costos que lo afecten.

Estos son los montos de costo compartido para 2018 y pueden cambiar para 2019. Banner – University Care Advantage proporcionará las tasas actualizadas apenas se emitan.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|------------------------|---------------------------|
| Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor o menor que esta cantidad. Busque la Sección 2.1 para obtener detalles. | \$0 | \$0 |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|------------------|--|--|
| Deducible | <p>El “deducible” es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar su porción. Miembros de Banner – University Care Advantage no pagan un deducible siempre y cuando su estado de elegibilidad como miembro doble elegible para beneficios completos no cambie durante el año. Si su estado de AHCCCS (Medicaid) cambia durante el año, por favor, avise a AHCCCS (Medicaid) o a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber cómo esto podría afectarle.</p> <p><i>◇ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Comuníquese con su plan de AHCCCS (Medicaid).</i></p> | <p>El “deducible” es el monto que usted debe pagar por servicios médicos antes de que nuestro plan empiece a pagar su porción. Miembros de Banner – University Care Advantage no pagan un deducible siempre y cuando su estado de elegibilidad como miembro doble elegible para beneficios completos no cambie durante el año. Si su estado de AHCCCS (Medicaid) cambia durante el año, por favor, avise a AHCCCS (Medicaid) o a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber cómo esto podría afectarle.</p> <p><i>◇ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Comuníquese con su plan de AHCCCS (Medicaid).</i></p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| Consultas en el consultorio del médico | <p>Consultas de cuidado primario: 0% o 20% de coseguro por visita</p> <p>Consultas al especialista: 0% o 20% de coseguro por visita</p> <p><i>◇ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Comuníquese con su plan de AHCCCS (Medicaid).</i></p> | <p>Consultas de cuidado primario: 0% o 20% de coseguro por visita</p> <p>Consultas al especialista: 0% o 20% de coseguro por visita</p> <p><i>◇ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Comuníquese con su plan de AHCCCS (Medicaid).</i></p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios de hospitalización para cuidados agudos, cuidados de rehabilitación, hospitales de atención a largo plazo y otros servicios de hospital de paciente interno. Los cuidados de hospital de paciente interno empiezan el día en que usted es formalmente ingresado en el hospital a través de una orden del médico. La hospitalización termina el día antes de ser dado de alta del hospital.</p> | <p>En 2018, los montos (◇) para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,340 de monto de deducible de Medicare • \$0 coseguro para cada periodo de beneficio, días 1 a 60 • \$335 copago al día por días 61 a 90 • \$670 copago al día por 60 días de reserva de por vida <p>◇ <i>Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Comuníquese con su plan de AHCCCS (Medicaid).</i></p> | <p>En 2018, los montos (◇) para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,340 de monto de deducible de Medicare • \$0 coseguro para cada periodo de beneficio, días 1 a 60 • \$335 copago al día por días 61 a 90 • \$670 copago al día por 60 días de reserva de por vida <p>Estos montos pueden cambiar para 2019. BUCA le notificará de los montos de 2019 de costo compartido de paciente interno de Medicare para cuando son publicados por el gobierno federal.</p> <p>◇ <i>Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para AHCCCS (Medicaid). Comuníquese con su plan de AHCCCS (Medicaid).</i></p> |

Cobertura de medicamentos de receta de Parte D

(Consulte la Sección 2.6 para ver los detalles.)

Deducible: \$0 a \$83

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos de receta, su cantidad de deducible será \$0 ó \$83, dependiendo del nivel de la "Ayuda adicional" que recibe.

Si su deducible es \$83: Usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que haya pagado \$83 por sus medicamentos.

Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:

- Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos:
 - \$0 copago o
 - \$1.25 copago o
 - \$3.35 copago o
 - 15% de coseguro por receta
- Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos:
 - \$0 copago o
 - \$3.70 copago o
 - \$8.35 copago o
 - 15% de coseguro por receta
- Los montos de copago dependen de sus ingresos y estatus institucional.

Deducible: \$0 a \$85

Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos de receta, su cantidad de deducible será \$0 ó \$85, dependiendo del nivel de la "Ayuda adicional" que recibe.

Si su deducible es \$85: Usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que haya pagado \$85 por sus medicamentos.

Copago durante la Etapa de Cobertura Inicial:

- Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos:
 - \$0 copago o
 - \$1.25 copago o
 - \$3.40 copago o
 - 15% de coseguro por receta
- Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos:
 - \$0 copago o
 - \$3.80 copago o
 - \$8.50 copago o
 - 15% de coseguro por receta
- Los montos de copago dependen de sus ingresos y estatus institucional.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Miembros de Banner – University Care Advantage no pagan un deducible siempre y cuando su estado de elegibilidad como miembro doble elegible para beneficios completos no cambie durante el año. Si su estado de AHCCCS (Medicaid) cambia durante el año, por favor, avise a AHCCCS (Medicaid) o a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber cómo esto podría afectarle.</p> <p>Si <u>no</u> recibe “Ayuda adicional” debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan, que es \$415.</p> | | |
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Este es el <u>monto máximo</u> que usted pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Examine la Sección 2.2 para obtener detalles.)</p> | <p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable por el pago de cualquier costo de bolsillo hacia la cantidad máxima del bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> | <p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted no es responsable por el pago de cualquier costo de bolsillo hacia la cantidad máxima del bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> |

Aviso Anual de Cambios para 2019

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2019 | 1 |
| SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan | 8 |
| SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el año que viene | 8 |
| Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual | 8 |
| Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo | 8 |
| Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores..... | 9 |
| Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias..... | 10 |
| Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... | 10 |
| Sección 2.6 – Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la parte D | 16 |
| SECCIÓN 3 Cambios administrativos..... | 21 |
| SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir | 21 |
| Sección 4.1 – Si usted desea seguir en Banner – University Care Advantage | 21 |
| Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan..... | 21 |
| SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan | 22 |
| SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)..... | 23 |
| SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 23 |
| SECCIÓN 8 Preguntas..... | 24 |
| Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Banner – University Care Advantage | 24 |
| Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare | 25 |
| Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de AHCCCS (Medicaid) | 25 |

SECCIÓN 1 Estamos cambiando el nombre del plan

El 1 de enero de 2019, el nombre de nuestro plan cambiará de University Care Advantage a Banner – University Care Advantage. Le enviaremos por correo una nueva tarjeta de identificación en diciembre de 2018. A partir del 1 de enero del 2019, toda comunicación de miembro llevará el nombre Banner – University Advantage.

SECCIÓN 2 Cambios en los beneficios y costos de Medicare para el año que viene

Sección 2.1 – Cambios en la prima mensual

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual (Usted también debe seguir pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que le sea pagada por AHCCCS (Medicaid).) | \$0 | \$0 |

Sección 2.2 – Cambios en el monto máximo que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare requiere que todos los planes médicos limiten cuánto paga usted “de su bolsillo” durante el año. Este límite se llama “cantidad máxima de bolsillo.” Una vez alcance la cantidad máxima de bolsillo, por lo general, usted no paga nada por servicios cubiertos de Parte A y Parte B durante el resto del año.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|-----------------|--|
| <p>Monto máximo que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos alcanzan este monto máximo que pagan de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para asistencia de AHCCCS (Medicaid) con sus copagos de la Parte A y Parte B y sus deducibles, entonces usted no es responsable por el pago de cualquier costo de bolsillo hacia la cantidad máxima del bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.</p> <p>Sus costos por servicios médicos cubiertos (tales como los copagos) cuentan hacia el monto máximo que pagará de su bolsillo. Su prima del plan y sus costos de medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máxima de su bolsillo.</p> | <p>\$6,700</p> | <p style="text-align: center;">\$6,700</p> <p>Una vez que haya pagado \$6,700 de su propio bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.</p> |

Sección 2.3 – Cambios en la red de proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Usted puede localizar una Lista de Proveedores actualizada en nuestro sitio web en www.BannerUCA.com. Usted también puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información actualizada acerca de los proveedores, o para solicitar que le enviemos por correo una Lista de Proveedores. **Por favor, examine la Lista de Proveedores para el año 2019, para ver si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) están en nuestra red.**

A partir del año 2019, nuestro plan usará los laboratorios de Sonora Quest exclusivamente para servicios de laboratorio para nuestros miembros. Si su PCP o especialista necesita servicios de laboratorio, usted debe utilizar los laboratorios de Sonora Quest. Consulta el capítulo 4 de la Evidencia de Cobertura para informarse sobre sus beneficios de laboratorio.

Es importante que usted sepa que podemos hacer cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante del año. Existen muchas razones por las cuales su proveedor tal vez deje su plan, pero si su médico o especialista deja su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones detalladas a continuación:

- Aún cuando nuestra red de proveedores pueda cambiar durante el año, Medicare requiere que le facilitemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible por facilitarle al menos 30 días de aviso cuando su proveedor esté dejando nuestro plan, para que usted pueda elegir otro proveedor.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado que siga atendiendo a sus necesidades de cuidados médicos.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y colaboraremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a apelar de nuestra decisión.
- Si usted se entera de que su médico o especialista está dejando su plan por favor, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a localizar otro proveedor y facilitarle sus cuidados.

Sección 2.4 – Cambios en la red de farmacias

Las cantidades que usted paga por sus medicamentos recetados puede depender de qué farmacia usted utiliza. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en una de nuestras farmacias de la red.

Para el próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. En nuestro sitio de Internet www.BannerUCA.com podrá encontrar la *Lista de Farmacias* actualizada. También puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente para que le den información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo una Lista de Farmacias. **Sírvase revisar la Lista de Farmacias del 2019 para conocer qué farmacias están en nuestra red.**

Sección 2.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos

Tenga presente que el *Aviso Anual de Cambios* solo le indica los cambios a sus beneficios y costos de Medicare.

El próximo año estaremos cambiando su cobertura para ciertos servicios médicos. La información más abajo describe estos cambios. Para más detalles acerca de la cobertura y los costos para estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Cuadro de beneficios (lo que está cubierto y lo que usted paga)*, en su *Evidencia de Cobertura para el año 2019*.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|--|
| Servicios quiroprácticos | <p>0% ó 20% de coseguro por servicios de quiropráctico cubiertos por Medicare, no se requiere referido ni autorización previa.</p> <p>Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.</p> <p>Cuidado quiropráctico de rutina: 8 visitas rutinarias no de Medicare autorizadas al año calendario</p> <p>No hay coseguro, copago, ni deducible para cuidado quiropráctico de rutina.</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> | <p>0% ó 20% de coseguro por servicios de quiropráctico cubiertos por Medicare, no se requiere referido ni autorización previa.</p> <p>Manipulación manual de la columna para corregir la subluxación.</p> <p>Cuidado quiropráctico de rutina: 6 visitas rutinarias no de Medicare autorizadas al año calendario.</p> <p>No hay coseguro, copago, ni deducible para cuidado quiropráctico de rutina.</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> |
| Examen preventivo de cáncer colorrectal | <p>No hay coseguro, copago, ni deducible para un examen preventivo de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> | <p>0% ó 20% de coseguro por tratamiento de enema de bario.</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|---|---|
| Instrucción de autocontrol de diabetes, servicios e insumos para la diabetes | <p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la instrucción de autocontrol de diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>0% ó 20% de coseguro por suministros para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> | <p>0% ó 20% de coseguro por la instrucción de autocontrol de diabetes cubierta por Medicare.</p> <p>0% ó 20% de coseguro por suministros para diabéticos y zapatos o plantillas terapéuticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> |
| Cuidados de emergencia | <p>Cantidad máxima de \$80 por visita.</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> | <p>Cantidad máxima de \$90 por visita.</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> |
| Tarjeta para artículos sin receta médica (de venta libre) | <p>\$60 al mes para utilizar en tiendas participantes para determinados medicamentos sin receta médica y artículos de salud.</p> <p>Las cantidades no utilizadas no pueden ser arrastradas de un mes al próximo.</p> | <p>\$60 al mes para utilizar en tiendas participantes para determinados medicamentos sin receta médica y artículos de salud.</p> <p>Incluye Terapia de Reemplazo de Nicotina.</p> <p>Las cantidades no utilizadas no pueden ser arrastradas de un mes al próximo.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|--|---|
| <p>Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)</p> | <p>Si se solicita por el inscrito o un profesional de cuidado de salud participante, un Sistema personal de respuesta en caso de emergencia en casa será proporcionado para notificar al personal apropiado de una emergencia (por ejemplo, una caída). El PERS provisto no incluirá teléfonos celulares y debe ser proporcionado por un comerciante participante o contratado.</p> <p>No se aplica copago, coseguro ni deducible por el PERS cubierto por el plan.</p> | <p>No cubierto.</p> |
| <p>Servicios podiátricos</p> | <p>0% ó 20% de coseguro por exámenes y tratamiento del pie si tiene daño nervioso por causa de la diabetes y/o reúne ciertas condiciones.</p> <p>No hay coseguro, copago, ni deducible para servicios rutinarios de podiatría.</p> <p>12 visitas de rutina al año para cuidado rutinario del pie. (Se requiere referido o autorización previa para visitas rutinarias).</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> | <p>0% ó 20% de coseguro por exámenes y tratamiento del pie si tiene daño nervioso por causa de la diabetes y/o reúne ciertas condiciones.</p> <p>No hay coseguro, copago, ni deducible para servicios rutinarios de podiatría.</p> <p>6 visitas de rutina al año para cuidado rutinario del pie. (Se requiere referido o autorización previa para visitas rutinarias).</p> <p>Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total.</p> |

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| Exámenes preventivos de cáncer de próstata | No hay coseguro, copago, ni deducible para un examen Antígeno Prostático Específico (PSA, siglas en inglés) anual. | No hay coseguro, copago, ni deducible para un examen PSA anual. 0% ó 20% de coseguro por examen rectal dactilar. Si es elegible para asistencia con sus costos compartidos de Medicare a través de AHCCCS (Medicaid), usted paga 0% del costo total. |

Cuidado de clínica de enfermería especializada (SNF)

En 2018, los montos (◇) para cada periodo de beneficio eran \$0 o:

- Días 1 a 20: \$0 por cada periodo de beneficio.
- Días 21 a 100: \$167.50 coseguro al día de cada periodo de beneficio.
- Días 101 y más: todos los costos.

Un periodo de beneficios comienza el día que es admitido al centro de enfermería especializada y termina cuando no ha recibido cuidado en una SNF durante 60 días seguidos. Si va a un centro de enfermería especializada después de terminado un periodo de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios. Se requiere referido y autorización para servicios de centro de enfermería especializada.

Se requiere una estancia de 3 días en el hospital para una estancia en una Clínica de Enfermería Especializada.

◇ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

En 2018, los montos (◇) para cada periodo de beneficio eran \$0 o:

- Días 1 a 20: \$0 por cada periodo de beneficio.
- Días 21 a 100: \$167.50 coseguro al día de cada periodo de beneficio.
- Días 101 y más: todos los costos.

Estos montos pueden cambiar para 2019. BUCA le notificará de los montos de 2019 de costo compartido de paciente interno de Medicare para cuando son publicados por el gobierno federal. Un periodo de beneficios comienza el día que es admitido al centro de enfermería especializada y termina cuando no ha recibido cuidado en una SNF durante 60 días seguidos. Si va a un centro de enfermería especializada después de terminado un periodo de beneficios, comienza uno nuevo. No hay límite para la cantidad de periodos de beneficios. Se requiere referido y autorización para servicios de centro de enfermería especializada.

No se requiere una estancia de 3 días en el hospital para una estancia en una Clínica de Enfermería Especializada.

◇ *Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.*

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| Servicios de transporte | <p>No hay copago o coseguro para beneficios de transporte.</p> <p>Treinta y dos (32) viajes simples por taxi que no sean de emergencia permitidos por año de calendario. Los viajes son hacia y desde lugares aprobados por el plan para servicios suplementarios.</p> <p>Nuestro beneficio de transporte es un beneficio suplementario obligatorio.</p> | No cubierto. |
| Visita Preventiva de “Bienvenido a Medicare” | No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”. | <p>No hay coseguro, copago, ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenido a Medicare”.</p> <p>0% ó 20% de coseguro por una electrocardiograma cubierta por Medicare después de la Visita de Bienvenido◇</p> <p>Se requiere referido y autorización previa.</p> <p>◇Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid</p> |

Sección 2.6 – Cambios a la cobertura de medicamentos recetados de la parte D

Cambios a nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o “Lista de Medicamentos”. Le proporcionamos una copia de nuestra Lista de medicamentos electrónicamente.

Hemos hecho cambios en nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios a las restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estarán cubiertos el año que viene y para ver si va a haber alguna restricción.**

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

- **Colaborar con su médico (u otro proveedor) y pedirle al plan que haga una excepción** para que cubra el medicamento.
 - Para averiguar lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte el Capítulo 9 de su *Evidencia de Cobertura (Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas))* o llame a nuestro Centro de Atención al Cliente.
- **Trabajar con su médico (u proveedor que recete) para encontrar otro medicamento diferente** que cubramos. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para solicitar la lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma condición médica.

En 2019, los miembros que se encuentren en centros de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC) ahora recibirán un suministro temporal que tiene la misma cantidad de días de suministro temporal proporcionado en todos los demás casos: 31 días de medicamentos en lugar de la cantidad proporcionada en 2018 (91 días de medicamentos). (Para obtener más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo solicitar uno, consulte la Sección 5.2 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura). Durante el período en que vaya a obtener un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su médico para decidir qué hacer cuando se agote el suministro temporal. Puede cambiar a un medicamento diferente cubierto por el plan o solicitarle al plan que haga una excepción para usted y cubra el medicamento actual.

La mayoría de los cambios nuevos en la Lista de medicamentos se realizan al comienzo de cada año. No obstante, durante el año, podemos hacer otros cambios permitidos por las reglas de Medicare.

A partir de 2019, antes de que hagamos cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que debamos informarle con anticipación cuando esté tomando un medicamento determinado, le proporcionaremos un aviso de esos cambios 30 días, no 60 días, antes de que los apliquemos. O le proporcionaremos un resurtido para 31 días, y no para 60 días, del medicamento de marca en una farmacia de la red. Le proporcionaremos este aviso antes, por ejemplo, de reemplazar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos por un medicamento genérico o antes de realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

Cuando realizamos estos cambios en la Lista de medicamentos durante el año, aún puede trabajar con su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) y solicitarnos que hagamos una excepción para cubrir el medicamento. También seguiremos actualizando nuestra Lista de medicamentos en línea según lo planeado y proporcionaremos otra información obligatoria para reflejar los cambios de los medicamentos. (Para obtener más información sobre los cambios que

podemos realizar en la Lista de medicamentos, consulte la Sección 6 del Capítulo 5 de la Evidencia de cobertura).

Cambios a los costos de medicamentos recetados

Nota: Si usted está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D pueda no aplicarse a usted.** Hemos incluido un documento aparte llamado “Evidencia de Cláusula Adicional para Personas Que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos de Receta” (también llamado la “Cláusula Adicional de Subvención de Bajos Ingresos” o la “Cláusula Adicional LIS”), que le habla de los costos de sus medicamentos. Si usted recibe “Ayuda adicional” y no recibió este documento con este paquete, por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula LIS”. Los números para nuestro Centro de Atención al Cliente se encuentran en la Sección 8.1 de esta publicación.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Lo que usted paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentra. (Usted puede buscar en el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para obtener más información acerca de las etapas).

A continuación se muestran los cambios para el próximo año para 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 de Brecha De Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, vea en su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de la *Evidencia de Cobertura*.)

Cambios en la Etapa de Deducible

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|---|---|
| <p>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual Durante esta etapa, usted paga el costo completo de sus medicamentos de la Parte D hasta que haya llegado al deducible anual.</p> | <p>Su cantidad de deducible es \$0 ó \$83, dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el documento separado, la "Cláusula LIS", para saber su cantidad de deducible).</p> | <p>Su cantidad de deducible es \$0 ó \$85, dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el documento separado, la "Cláusula LIS", para saber su cantidad de deducible).</p> |

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--|------------------------|---------------------------|
| <p>Miembros de Banner – University Care Advantage no pagan un deducible siempre y cuando su estado de elegibilidad como miembro doble elegible para beneficios completos no cambie durante el año. Si su estado de AHCCCS (Medicaid) cambia durante el año, por favor, avise a AHCCCS (Medicaid) o a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber cómo esto podría afectarle.</p> <p>Si <u>no</u> recibe “Ayuda adicional” debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan, que es \$415.</p> | | |

Cambios a sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para saber cómo funcionan los copagos y coseguros, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2, *Tipos de costos de su bolsillo que puede pagar por medicamentos cubiertos* en su *Evidencia de Cobertura*.

| Etapa | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</p> <p>Una vez ha pagado el deducible anual, pasa a la Etapa de Cobertura Inicial. Durante esta etapa, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</p> <p>Los costos en esta fila son por un suministro para un mes (31 días) cuando obtiene su medicamento con receta en una farmacia de la red. Para obtener información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de medicamentos con receta para pedido por correo, consulte la Sección 5 del Capítulo 6 de la <i>Evidencia de cobertura</i>.</p> | <p>Su costo por un suministro de un mes (31 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Costo compartido*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos Usted paga \$0, \$1.25 o \$3.35 copago o 15% de coseguro por receta • Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos Usted paga \$0, \$3.70 o \$8.35 copago o 15% de coseguro por receta <p>Una vez que haya pagado \$5,000 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p> <hr/> <p><i>*Sus copagos dependen de sus ingresos y su estatus institucional.</i></p> | <p>Su costo por un suministro de un mes (31 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar:</p> <p>Costo compartido*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos Usted paga \$0, \$1.25 o \$3.40 copago o 15% de coseguro por receta • Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos Usted paga \$0, \$3.80 o \$8.50 copago o 15% de coseguro por receta <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la próxima etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).</p> <hr/> <p><i>*Sus copagos dependen de sus ingresos y su estatus institucional.</i></p> |

Cambios a las Etapas Brecha de Cobertura y Cobertura Catastrófica

La Etapa Brecha de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica son dos otras etapas de cobertura para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a ninguna de las dos etapas.**

Para obtener información acerca de los costos en estas etapas, consulte su *Resumen de Beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 3 Cambios administrativos

Esta sección explica algunos de los cambios administrativos a su plan. Por favor, revise esta información cuidadosamente.

| Costo | 2018 (este año) | 2019 (próximo año) |
|--------------------------------------|--|--|
| Enlace del sitio web del plan | En 2018, el sitio web de su plan se encuentra en la siguiente dirección: www.universitycareadvantage.com . | En 2019, el sitio web de su plan se encuentra en la siguiente dirección: www.BannerUCA.com . |

SECCIÓN 4 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 4.1 – Si usted desea seguir en Banner – University Care Advantage

Para seguir en su plan usted no necesita hacer nada. Si no se apunta en un plan distinto ni se cambia a Medicare Original, se quedará inscrito automáticamente en nuestro plan para 2019.

Sección 4.2 – Si usted desea cambiar de plan

Esperamos que se quede con nosotros como miembro el año que viene, pero si quiere cambiar para 2019, siga estos pasos:

Paso 1: Conozca sus opciones y compárelas

- Usted puede inscribirse en otro plan médico de Medicare

- – *O BIEN*—Usted puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su nueva cobertura comenzará el primer día del siguiente mes. Si usted cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea tener un plan Medicare de recetas médicas.

Para obtener mayor información acerca de Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted del 2019*, llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (consulte la Sección 6), o llame a Medicare (consulte la Sección 8.2).

Usted también puede localizar información acerca de los planes en su área, utilizando el Buscador de planes de Medicare en la página Web de Medicare. Visite la página Web <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Localice planes médicos y de recetas médicas.” **En este, usted podrá localizar información acerca de costos, cobertura y evaluaciones de calidad en cuanto a los planes de Medicare.**

Paso 2: Cambie su cobertura

- Para cambiar a **otro plan médico de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja de Banner – University Care Advantage.
- Para **cambiar a Medicare Original incluyendo un plan de recetas médicas**, inscríbese en el nuevo plan de recetas médicas. Automáticamente se le dará de baja de Banner – University Care Advantage.
- Para **cambiar a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, usted debe:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar. Póngase en contacto con nuestro Centro de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección 8.1 de este folleto);
 - – *O* – Póngase en contacto con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana, y pida que se le cancele la inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si se cambia a Medicare Original y **no** se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare podría inscribirle en un plan de medicamentos a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

SECCIÓN 5 Plazo para el cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Original Medicare para el próximo año, puede hacerlo desde **ahora hasta el 31 de diciembre**. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2019.

¿Puedo realizar un cambio en otro momento del año?

En ciertas situaciones, también se permite realizar cambios en otros momentos del año. Por ejemplo, las personas que tienen AHCCCS (Medicaid), aquellos que reciben “Ayuda adicional”

para pagar sus medicamentos, aquellos que tienen la cobertura de un empleador o van a dejarla, y las personas que se trasladan fuera del área de servicio podrían ser autorizadas para realizar un cambio en otros momentos del año. Para obtener más información, consulte la Sección 2.1 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2019 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) o cambiarse a Original Medicare (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2019. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 6 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)

El Programa estatal de ayuda sobre el seguro médico (SHIP, en inglés) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros en cada estado. En Arizona, la SHIP se llama Arizona State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP).

Arizona SHIP es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros ni ningún plan médico). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer localmente consejos **gratuitos** acerca del seguro médico a las personas con Medicare. Los consejeros de Arizona SHIP pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas relacionados con Medicare. Pueden ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y contestar a sus preguntas acerca de cómo cambiar de planes. Usted puede comunicarse con Arizona SHIP llamando al 1 (800) 432-4040. Puede informarse sobre Arizona SHIP visitando su sitio Web (azdes.gov).

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS Medicaid), póngase en contacto con AHCCCS (Medicaid) llamando al 1 (855) HEA-PLUS (1-855-432-7587). Para personas con impedimentos auditivos, AZ Relay Service al 1-800-367-8939. Las llamadas serán atendidas de lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m. Pregunte cómo el inscribirse en otro plan o bien el volver a Medicare Original afecta la manera en que usted recibe su cobertura de AHCCCS (Medicaid).

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos con receta. A continuación, enumeramos diferentes tipos de ayuda:

- **“Ayuda adicional” de Medicare.** Debido a que usted tiene AHCCCS (Medicaid), ya está inscrito para “Ayuda adicional”, también llamado Subsidio para bajos ingresos. La Ayuda adicional ayuda a pagar algunas de las primas mensuales de los medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coseguro. Ya que usted califica, no tendrá un período sin cobertura ni una multa por inscripción tardía. Si tiene preguntas sobre la Ayuda adicional, llame:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, 24 horas al día, 7 días a la semana;
- A la Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
- Su Oficina Estatal de AHCCCS (Medicaid) (solicitudes).
- **Ayuda de Costos Compartidos de Recetas para las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que los individuos- ADAP elegibles que viven con VIH/ SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los individuos deben cumplir con ciertos criterios, incluyendo la prueba de residencia en el Estado y el estado de VIH, de bajos ingresos según lo definido por el Estado, y no asegurados /estado subasegurados. Medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por ADAP califican para la prescripción de asistencia de costo compartido a través del ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a (602) 364-3610 ó al (800) 334-1540.

SECCIÓN 8 Preguntas

Sección 8.1 – Cómo obtener ayuda de Banner – University Care Advantage

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudarlo. Por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930. (Los usuarios de TTY únicamente deben llamar al 711). Estamos disponibles para atender llamadas telefónicas de 8 a.m. a 8 p.m., 7 días a la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2019 (tiene detalles acerca de los beneficios y costos del año que viene)

Este *Aviso Anual de Cambios* le da un resumen de los cambios de sus beneficios y costos para 2019. Para más detalles, examine la *Evidencia de Cobertura* para el 2019 de Banner – University Care Advantage. La *Evidencia de Cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Le explica sus derechos y las reglas que usted debe seguir para obtener los servicios y medicamentos recetados cubiertos.

Visite nuestro sitio web

Usted también puede visitar a nuestro sitio Web www.BannerUCA.com. Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más al día acerca de nuestra red de proveedores (*Lista de Proveedores* y *Lista de Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

Sección 8.2 – Cómo obtener ayuda directamente de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

Visite el sitio Web de Medicare

Usted puede visitar el sitio Web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). Éste contiene toda la información acerca de costos, cobertura, y evaluaciones de calidad para ayudarle a comparar los diferentes planes médicos de Medicare. Puede encontrar información acerca de los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información acerca de los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Encontrar planes médicos y de medicamentos”).

Lea *Medicare y Usted del 2019*

Puede leer el Manual de *Medicare y Usted del 2019*. Cada otoño, enviamos esta publicación por correo a las personas con Medicare. Incluye un resumen de los beneficio, derechos, y protecciones de Medicare, así como respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no dispone de una copia de esta publicación, puede obtenerla visitando el sitio Web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 24 horas al día, 7 días a la semana. Los usuarios TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 8.3 – Cómo obtener ayuda de AHCCCS (Medicaid)

Para obtener información de AHCCCS (Medicaid) puede llamar al 1(855) 432-7587. Los usuarios de TTY deben llamar al 1(800) 367-8939.

Banner – University Care Advantage es un HMO SNP con un contrato con Medicare. Inscripción en Banner – University Care Advantage depende en la renovación de contrato.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (877) 874-3930 (TTY: 711).

Banner – University Care Advantage (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (877) 874-3930 (TTY: 711).