

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

Aviso anual de cambios para 2020

Actualmente, usted está inscrito como miembro de Banner – 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: qué cambios se aplican 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 1.1 y 1.5 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 si 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 2020 y consulte la Sección 1.6 para obtener información sobre los cambios en nuestra cobertura para medicamentos.
 - Los costos de sus medicamentos pueden haber aumentado con respecto al año pasado. Hable con su médico sobre alternativas de menor costo que pueden estar disponibles para usted; esto puede ahorrarle costos anuales 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 cambiar sus propios costos de medicamentos.

- Verifique si sus médicos y otros proveedores se encontrarán en nuestra red el próximo año.
 - ¿Sus médicos, incluidos los especialistas que consulta regularmente, se encuentran en nuestra red?
 - ¿Se encuentran los hospitales y otros proveedores que usted utiliza?
 - Consulte la Sección 1.3 y 1.4 para obtener información sobre nuestro Directorio de proveedores y Directorio 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 3.2 para obtener más información acerca de las opciones a su disposición.
- Una vez que limite su elección 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 el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Consulte la Sección 3.2, página 15 para aprender sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: para cambiar los planes, inscríbase en un plan entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de 2019

- Si no se inscribe en otro plan antes del 7 de diciembre de 2019, permanecerá en Banner – University Care Advantage.
- 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 de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Centro de Servicio al Cliente al (877) 874-3930. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). Atendemos 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 según este plan califica como cobertura de salud que 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>.

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 este folleto dice “nosotros”, “nos” o “nuestro/a”, hace referencia a Banner – University Care Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Banner – University Care Advantage.
- 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).

Resumen de costos importantes para 2020

La siguiente tabla compara los costos de 2019 y 2020 para Banner – University Care Advantage en varias áreas importantes. **Tenga en cuenta que esto es solo un resumen de los cambios.** Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.BannerUCA.com. También puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|-----------------|--------------------|
| Prima mensual del plan* | \$0 | \$0 |
| * Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la Sección 1.1 para obtener detalles. | | |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (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 | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|--|
| Consultas en el consultorio del médico | <p>Consultas de atención primaria: 0% o 20% de coseguro por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 0% o 20% de coseguro por consulta</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 atención primaria: 0% o 20% de coseguro por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 0% o 20% de coseguro por consulta</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 | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|--|
| <p>Hospitalizaciones</p> <p>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados en un hospital. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.</p> | <p>En 2019, los montos (◇) para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,364 de monto de deducible de Medicare • \$0 coseguro para cada periodo de beneficio, días 1 a 60 • \$341 copago al día por días 61 a 90 • \$682 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 2019, los montos (◇) para cada periodo de beneficio eran \$0 o:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$1,364 de monto de deducible de Medicare • \$0 coseguro para cada periodo de beneficio, días 1 a 60 • \$341 copago al día por días 61 a 90 • \$682 copago al día por 60 días de reserva de por vida <p>Estos montos pueden cambiar para 2020. BUCA le notificará de los montos de 2020 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> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</p> | <p>Deducible: \$0 - \$85</p> <p>Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos de receta, su cantidad de deducible será \$0 u \$85, dependiendo del nivel de la "Ayuda adicional" que recibe.</p> <p>Si su deducible es \$85: Usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que haya pagado \$85 por sus medicamentos.</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>◇ Los montos de copago dependen de sus ingresos y estatus institucional.</p> | <p>Deducible: \$0 - \$89</p> <p>Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos de receta, su cantidad de deducible será \$0 u \$89, dependiendo del nivel de la "Ayuda adicional" que recibe.</p> <p>Si su deducible es \$89: Usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que haya pagado \$89 por sus medicamentos.</p> <p>Copago durante la Etapa de cobertura inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos: \$0 copago o \$1.30 copago o \$3.60 copago o 15% de coseguro por receta • Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos: \$0 copago o \$3.90 copago o \$8.95 copago o 15% de coseguro por receta <p>◇ Los montos de copago dependen de sus ingresos y estatus institucional.</p> |

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (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 no recibe “Ayuda adicional” debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan, que es \$435.</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 1.2 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 2020

Índice

| | |
|--|-----------|
| Resumen de costos importantes para 2020 | 1 |
| SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo..... | 8 |
| Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual | 8 |
| Sección 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo | 8 |
| Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores..... | 9 |
| Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias..... | 10 |
| Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos..... | 10 |
| Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D..... | 11 |
| SECCIÓN 2 Cambios administrativos | 15 |
| SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir | 15 |
| Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Banner – University Care Advantage..... | 15 |
| Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan | 15 |
| SECCIÓN 4 Plazo para el cambio de plan | 16 |
| SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid..... | 17 |
| SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos con receta | 17 |
| SECCIÓN 7 Preguntas | 18 |
| Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Banner – University Care Advantage | 18 |
| Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare | 18 |
| Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid | 19 |

SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo**Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual**

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (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 1.2 – Cambios en los montos máximos que paga de su bolsillo

Para protegerlo, Medicare exige que todos los planes de salud limiten el monto que usted paga “de su bolsillo” durante el año. Estos límites se denominan “montos máximos que paga de su bolsillo”. Una vez que alcance este monto, por lo general, no paga nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B por el resto del año.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (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>Los costos por los servicios médicos cubiertos (como los copagos) se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo.</p> | <p>\$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> | <p>\$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 1.3 – Cambios en la red de proveedores

Hemos cambiado nuestra red de proveedores para el próximo año. En nuestro sitio web www.BannerUCA.com, se encuentra disponible un Directorio de proveedores actualizado. También puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de proveedores. **Revise el Directorio de proveedores de 2020 para verificar si sus proveedores (proveedor de atención primaria, especialistas, hospitales, etc.) se encuentran en nuestra red.**

Es importante que usted sepa que podemos realizar cambios en los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de su plan durante el año. Existen varias razones por las cuales un proveedor puede dejar el plan, pero si su médico o especialista ya no pertenece al plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, debemos proporcionarle acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.

- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe controlando sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos 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 a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias

Los montos que paga por sus medicamentos con receta pueden depender de la farmacia que utilice. Los planes de medicamentos de Medicare tienen una red de farmacias. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Hemos cambiado nuestra red de farmacias para el próximo año. En nuestro sitio web www.BannerUCA.com, se encuentra disponible un Directorio de farmacias actualizado. También puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos un Directorio de farmacias. **Revise el Directorio de farmacias de 2020 para conocer qué farmacias se encuentran en nuestra red.**

Sección 1.5 – 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.

Estamos cambiando nuestra cobertura del próximo año para ciertos servicios médicos. La siguiente información describe estos cambios. Para obtener más detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)*, en su *Evidencia de cobertura de 2020*. En nuestro sitio web www.BannerUCA.com, se encuentra disponible una copia de la *Evidencia de Cobertura*. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al cliente para solicitar que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

| Costo | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|--|
| Servicios quiroprácticos Cuidado quiropráctico de rutina | Cuidado quiropráctico de rutina cubre 6 visitas rutinarias no de Medicare autorizadas al año calendario | Cuidado quiropráctico de rutina <u>no</u> tiene cobertura |
| Servicios del programa de tratamiento para opioides | Servicios de tratamiento para opioides <u>no</u> tienen cobertura. | Usted paga 0% ó 20% del costo total por los servicios de tratamiento para opioides cubiertos por Medicare. ◇ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid. |
| Cuidados de la vista Lentes de contacto y la tarifa de ajuste o anteojos (montura y/o lentes) | \$300 cubiertos al año | \$225 cubiertos al año ◇ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid. |

Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos con receta de la Parte D

Cambios en nuestra Lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de medicamentos”. Le enviamos una copia de nuestra Lista de medicamentos por vía electrónica.

Hemos realizado cambios en nuestra Lista de medicamentos, incluidos cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que se aplican a nuestra cobertura para ciertos medicamentos. **Revise la Lista de medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos el próximo año y para saber si habrá restricciones de algún tipo.**

Si un cambio en la cobertura para medicamentos lo afecta a usted, puede hacer lo siguiente:

- **Consultar a su médico (o a otra persona autorizada a dar recetas) y pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento.**

- Para saber qué debe hacer para solicitar 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 Servicio al Cliente.
- **Consultar a su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) para encontrar un medicamento diferente** cubierto por nosotros. Puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección.

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 normas de Medicare.

A partir de 2020, podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si, al mismo tiempo, lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico del mismo nivel de costo compartido o de un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido más alto o agregar nuevas restricciones. Esto significa, por ejemplo, que, si está tomando un medicamento de marca que será reemplazado o movido a un nivel de costo compartido más alto, ya no siempre recibirá un aviso del cambio 30 días antes de que lo apliquemos ni recibirá un suministro mensual de su medicamento de marca en una farmacia de la red. Si está tomando el medicamento de marca, aún recibirá información sobre el cambio específico que realicemos, pero el aviso le puede llegar después de que apliquemos el cambio.

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 en los costos de los medicamentos con receta

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs” (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también denominada “Low Income Subsidy Rider” o “LIS Rider” (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Si recibe “Ayuda adicional” y no recibió el inserto con el paquete, llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente y solicite la “Cláusula adicional LIS”. En la Sección 7.1 de este folleto, encontrará los números de teléfono de Centro de Servicio al Cliente.

Existen cuatro “etapas de pago de los medicamentos”. La cantidad que paga por un medicamento de la Parte D depende de la etapa de pago de los medicamentos en la que se encuentra. (Puede consultar la Sección 2 del Capítulo 6 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las etapas).

La siguiente información describe los cambios para el próximo año en las dos primeras etapas: la Etapa del deducible anual y la Etapa de cobertura inicial. (La mayoría de los miembros no llega a las otras dos etapas: la Etapa del período sin cobertura o la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*).

Cambios en la Etapa del deducible

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|--|
| <p>Etapa 1: Etapa del deducible anual</p> <p>Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos de la Parte D hasta que alcance el deducible anual.</p> | <p>El deducible es de \$0 u \$85, dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el documento separado, la "Clausula LIS", para saber su cantidad de deducible).</p> | <p>El deducible es de \$0 u \$89, dependiendo del nivel de "Ayuda adicional" que recibe. (Consulte el documento separado, la "Clausula LIS", para saber su cantidad de deducible).</p> |
| <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 no recibe “Ayuda adicional” debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar la cantidad del deducible del plan, que es \$435.</p> | | |

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de cobertura inicial

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

| Etapa | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|---|---|
| <p>Etapa 2: Etapa de cobertura inicial</p> <p>Una vez que usted paga el deducible anual, pasa a la Etapa de cobertura inicial. Durante esta etapa, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos y usted paga su parte del costo.</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>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</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% del costo total por receta • Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos: Usted paga \$0, \$3.80 o \$8.50 copago o 15% del costo total por receta <p>Una vez que haya pagado \$5,100 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p> <hr/> <p><i>* Sus copagos dependen de sus ingresos y su estatus institucional.</i></p> | <p>Sus costos por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Costo compartido*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos: Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.60 copago o 15% del costo total por receta • Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos: Usted paga \$0, \$3.90 o \$8.95 copago o 15% del costo total por receta <p>Una vez que haya pagado \$6,350 de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).</p> <hr/> <p><i>* Sus copagos dependen de sus ingresos y su estatus institucional.</i></p> |

Cambios en la Etapa del período sin cobertura y en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Las otras dos etapas de cobertura para medicamentos, la Etapa del período sin cobertura y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, son para personas que necesitan medicamentos más costosos. **La mayoría de los miembros no llega a estas etapas.**

Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte su *Resumen de beneficios* o las Secciones 6 y 7 del Capítulo 6 de su *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

| | 2019 (este año) | 2020 (próximo año) |
|---|--|--|
| Cambio de correo electrónico de Reclamos y Apelaciones | UAHNGrievanceMailbox@bannerhealth.com | BUHPGrievances&Appeals@bannerhealth.com |

SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir

Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Banner – University Care Advantage

Para seguir inscrito en nuestro plan, no es necesario que haga nada. Si no se inscribe en un plan diferente ni se cambia a Original Medicare, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan para el año 2020.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2020, pero si desea cambiar, siga estos pasos:

Paso 1: conozca y compare sus opciones

- Puede inscribirse oportunamente en un plan de salud de Medicare diferente.
- *O BIEN*, puede cambiar a Original Medicare. Si cambia a Original Medicare, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted cambia a Medicare Original, deberá decidir si desea tener un plan Medicare de recetas médicas.

Para obtener más información sobre Original Medicare y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020), llame a su Programa estatal de asistencia en seguros médicos (consulte la Sección 5) o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes de su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) disponible en el sitio web de Medicare. Visite <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” (Buscar planes de salud y de medicamentos). **Aquí puede encontrar información sobre costos, cobertura y calificaciones de la calidad de los planes de Medicare.**

Paso 2: cambie su cobertura

- Para cambiar a un plan de salud de Medicare diferente, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Banner – University Care Advantage.
- Para cambiarse a Original Medicare con un plan de medicamentos con receta, inscríbese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Banner – University Care Advantage.
- Para cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos con receta, debe seguir uno de estos pasos:
 - Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Centro de Servicio al Cliente (en la Sección 8.1 de este folleto encontrará los números de teléfono).
 - O puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana, y pedir que se cancele su 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 4 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 7 de diciembre. El cambio entrará en vigencia el 1 de enero de 2020.

¿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 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 pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2020 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 2020. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 10 de la *Evidencia de cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y Medicaid

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, la SHIP se llama Arizona State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP).

Arizona State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP) es un programa independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y **de forma gratuita**, a las personas que tienen Medicare. Los asesores del Arizona State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP) pueden ayudarlo con las preguntas o los problemas que tenga respecto de Medicare. Podrán ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan. Puede comunicarse con Arizona State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP) llamando al (800) 432-4040. Para obtener más información sobre Arizona SHIP, visite su sitio web (des.az.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 6 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 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:
 - Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
 - A la Administración del Seguro Social al 1-800-772-1213, de 7:00 a. m. a 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes).
 - A la oficina de Medicaid de su estado (solicitudes).

- **Asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta para personas con VIH/SIDA.** El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a garantizar que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluso comprobante de residencia en el estado y estatus del VIH, comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y estatus de no asegurado/con seguro insuficiente. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también estén cubiertos por el ADAP califican para la asistencia con los costos compartidos para medicamentos con receta a través de la ADAP de Arizona. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a (602) 364-3610 ó (800) 334-1540.

SECCIÓN 7 Preguntas

Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Banner – University Care Advantage

¿Tiene preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente al (877) 874-3930. (Solo los usuarios de TTY deben llamar al 711). Estamos disponibles para recibir 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 2020 (describe en detalles los beneficios y costos para el próximo año)

Este *Aviso anual de cambios* le ofrece un resumen de los cambios en sus beneficios y costos para 2020. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de cobertura* de 2020 para Banner – University Care Advantage. La *Evidencia de cobertura* es la descripción detallada legal de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que debe seguir para recibir sus servicios cubiertos y medicamentos con receta. Encontrará una copia de la *Evidencia de cobertura* en nuestro sitio web en www.BannerUCA.com. También puede llamar a nuestro Centro de Servicio al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de cobertura*.

Visite nuestro sitio web

También puede visitar nuestro sitio web en www.BannerUCA.com. Le recordamos que, en nuestro sitio web, puede encontrar la información más actualizada acerca de nuestra red de proveedores (Directorio de proveedores) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (Formulario/Lista de medicamentos).

Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare

Para obtener información directamente de Medicare, haga lo siguiente:

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

Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, 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://www.medicare.gov>). Tiene información acerca de los costos, la cobertura y las calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar los planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área mediante el Medicare Plan Finder (Buscador de planes de Medicare) en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://www.medicare.gov> y haga clic en “Find health & drug plans” [Buscar planes de salud y de medicamentos]).

Lea *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020)

Puede leer el Manual *Medicare & You 2020* (Medicare y Usted 2020). Cada año, en otoño, este folleto se envía por correo a las personas que tienen Medicare. Contiene un resumen de los beneficios, los derechos y las protecciones de Medicare, y las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si usted no tiene una copia de este folleto, puede obtenerla en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de Medicaid

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