

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

Aviso anual de cambios para 2021

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 2021 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 [go.medicare.gov/drugprices](https://www.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 Buscador de Planes de Medicare en el sitio web www.medicare.gov/plan-compare.
 - Revise la lista en la contraportada del manual 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 no se une a otro plan para el 7 de diciembre de 2020, usted será inscrito 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 14 para aprender sobre sus opciones.

4. INSCRÍBASE: para cambiar los planes, inscríbese en un plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**.

- Si no se inscribe en otro plan antes del **7 de diciembre de 2020**, será inscrito en Banner – University Care Advantage.
- Si se inscribe en otro plan entre el **15 de octubre** y el **7 de diciembre de 2020**, su nueva cobertura comenzará el **1 de enero de 2021**.

Recursos adicionales

- Este documento está disponible de forma gratuita en español.
- Para obtener información adicional, comuníquese con nuestro número de Centro de Atención 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 de 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 (QHC, por sus siglas en inglés)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (ACA, por sus siglas en inglés). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en 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. El plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa de AHCCCS (Medicaid) para coordinar sus beneficios de AHCCCS (Medicaid).
- 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 2021

La siguiente tabla compara los costos de 2020 y 2021 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 Atención al Cliente para solicitarnos que le enviemos una *Evidencia de Cobertura*.

Si reúne los requisitos para ayuda con el costo compartido de Medicare bajo AHCCCS (Medicaid), usted pagará \$0 para su deducible, consultas con el doctor, e ingreso a un hospital.

Costo	2020 (este año)	2021 (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	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Deducible	<p>El “deducible” es la cantidad 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 (AHCCCS (Medicaid)) cambia durante el año, por favor, avise a AHCCCS (AHCCCS (Medicaid)) o a nuestro Centro de Atención al Cliente para saber cómo esto podría afectarle.</p>	<p>El “deducible” es la cantidad 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 si es elegible para ayuda con los costos compartidos de Medicare bajo Medicaid mientras 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>
Consultas en el consultorio del médico	<p>Consultas de atención primaria: 0% o 20% por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 0% o 20% por consulta</p>	<p>Consultas de atención primaria: 0% o 20% por consulta</p> <p>Consultas a especialistas: 0% o 20% por consulta</p>

Hospitalizaciones

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.

En 2020, las cantidades para cada periodo de beneficio eran \$0 o:

- \$1,408 de deducible por cada periodo de beneficio
- Días 1 a 60: \$0 coseguro para cada periodo de beneficio
- Días 61 a 90: \$352 coseguro por día de cada periodo de beneficio
- Días 91 en adelante: \$704 de coseguro por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 por cada periodo de beneficio (hasta 60 días más allá de los días de reserva vitalicia)
- Después de los días de reserva vitalicia: todos los costos

En 2020, las cantidades para cada periodo de beneficio eran \$0 o:

- \$1,408 de deducible por cada periodo de beneficio
- Días 1 a 60: \$0 coseguro para cada periodo de beneficio
- Días 61 a 90: \$352 coseguro por día de cada periodo de beneficio
- Días 91 en adelante: \$704 de coseguro por cada “día de reserva vitalicia” después del día 90 por cada periodo de beneficio (hasta 60 días más allá de por vida)
- Después de los días de reserva vitalicia: todos los costos

Estos son las cantidades de costo compartido correspondientes al año 2020 y pueden cambiar en 2021. Banner – University Care Advantage proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto sean publicadas.

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cobertura para medicamentos con receta de la Parte D (Consulte la Sección 1.6 para obtener detalles).</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>◇ Las cantidades de copago dependen de sus ingresos y estatus institucional.</p>	<p>Deducible: \$0 - \$92</p> <p>Si recibe "Ayuda Adicional" para pagar sus medicamentos de receta, su cantidad de deducible será \$0 u \$92, dependiendo del nivel de la "Ayuda Adicional" que recibe.</p> <p>Si su deducible es \$92: Usted paga el costo completo de sus medicamentos hasta que haya pagado \$92 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 \$3.70 copago o 15% de coseguro por receta ◇ • Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos: \$0 copago o \$4.00 copago o \$9.20 copago o 15% de coseguro por receta ◇ <p>◇ Las cantidades de copago dependen de sus ingresos y estatus institucional.</p>

Costo	2020 (este año)	2021 (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 \$445.</p>		
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Este es la cantidad <u>máxima</u> que usted pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1.2 para obtener detalles.)</p>	<p>\$6,700</p> <p>Si es elegible para ayuda 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>\$7,550</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 2021	1
SECCIÓN 1 Cambios en los costos y beneficios para el año próximo.....	7
Sección 1.1 – Cambios en la prima mensual	7
Sección 1.2 – Cambios en las cantidades máximos que paga de su bolsillo	7
Sección 1.3 – Cambios en la red de proveedores.....	8
Sección 1.4 – Cambios en la red de farmacias.....	9
Sección 1.5 – Cambios en los beneficios y costos de los servicios médicos.....	9
Sección 1.6 – Cambios en la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.....	100
SECCIÓN 2 Cambios administrativos.....	14
SECCIÓN 3 Cómo decidir qué plan elegir	14
Sección 3.1 – Si desea seguir inscrito en Banner – University Care Advantage.....	14
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan	14
SECCIÓN 4 Cambio de plan	15
SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid).....	16
SECCIÓN 6 Programas que ayudan a pagar los medicamentos recetados	16
SECCIÓN 7 Preguntas.....	17
Sección 7.1 – Cómo recibir ayuda de Banner – University Care Advantage.....	17
Sección 7.2 – Cómo recibir ayuda de Medicare	17
Sección 7.3 – Cómo recibir ayuda de AHCCCS (Medicaid).....	18

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

Costo	2020 (este año)	2021 (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 las cantidades máximas que paga de su bolsillo

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

Costo	2020 (este año)	2021 (próximo año)
<p>Cantidad máxima que paga de su bolsillo</p> <p>Debido a que nuestros miembros también obtienen asistencia de AHCCCS (Medicaid), muy pocos alcanzan esta cantidad máxima que pagan de su bolsillo.</p> <p>Si es elegible para ayuda de AHCCCS (Medicaid) con sus copagos y deducibles de la Parte A y Parte B, 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 y deducibles) se tienen en cuenta para la cantidad máximo que paga de su bolsillo. Los costos de los medicamentos con receta no cuentan para la cantidad máximo que paga de su bolsillo.</p>	<p>\$6,700</p>	<p style="text-align: center;">\$7,550</p> <p>Una vez que haya pagado \$7,550 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 Atención 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 2021 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

Las cantidades 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 Atención 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 2021 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* 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 2021*. 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	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Beneficio adicional Telesalud	El servicio adicional Telesalud <u>no</u> está cubierto.	<p>Usted paga 0% o 20% de coseguro ◇.</p> <p>Autorización previa y referencia se requiere para servicios excepto para consultas con un PCP o servicio de atención urgente.</p> <p>Consulte <i>Evidencia de Cobertura</i> para más información.</p> <p>◇ Su costo compartido es determinado por su nivel de elegibilidad para Medicaid. Comuníquese con su plan Medicaid.</p>
Tarjeta para artículos de venta libre	\$25 al mes para utilizar en tiendas participantes.	\$30 al mes para utilizar en tiendas participantes.
Servicios de podología	6 consultas de rutina por año para atención de los pies rutinaria.	12 consultas de rutina por año para atención de los pies rutinaria.
Atención de la vista	<p>Examen de rutina no está cubierto.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$125 cada dos años por lentes de contacto y costo de ajuste o anteojos (armazón y/o lentes).</p>	<p>1 examen de rutina cubierto por año.</p> <p>Nuestro plan paga hasta \$250 cada año por lentes de contacto y costo de ajuste o anteojos (armazón y/o lentes).</p>

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

Cambios en nuestra lista de medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se denomina Formulario o “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se proporciona electrónicamente.

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 Atención 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 Atención al Cliente y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

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.

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 el Capítulo 5, Sección 6 de la Evidencia de Cobertura).

Cambios en los costos de los medicamentos recetados

Nota: si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos (“Ayuda Adicional”), **la información sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D puede no aplicarse en su caso.** Nosotros hemos incluido un inserto separado, que se denomina “Cláusula Adicional a la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Ayuda Adicional para Pagar los Medicamentos Recetados” (también denominada “Cláusula Adicional para Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula Adicional LIS”), que le informa sobre los costos de sus medicamentos. Porque recibe “Ayuda Adicional” y no recibió el anexo con este paquete, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente y solicite la “Cláusula Adicional LIS”.

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 Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

Cambios en la Etapa del deducible

Etapa	2020 (este año)	2021 (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 \$89, 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 \$92, 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 \$445.</p>		

Cambios en sus costos compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

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

Etapa	2020 (este año)	2021 (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 el Capítulo 6, Sección 5 de la <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos: Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.60 copago o 15% de coseguro del costo total por receta ◇</p> <p>Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos: Usted paga \$0, \$3.90 o \$8.95 copago o 15% de coseguro del costo total por receta ◇</p> <p>◇ Sus costos compartidos dependen de sus ingresos y su estatus institucional.</p>	<p>Su costo por un suministro para un mes cuando obtiene el medicamento en una farmacia de la red que brinda costos compartidos estándares:</p> <p>Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos: Usted paga \$0, \$1.30 o \$3.70 copago o 15% de coseguro del costo total por receta ◇</p> <p>Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos: Usted paga \$0, \$4.00 o \$9.20 copago o 15% de coseguro del costo total por receta ◇</p> <p>◇ Sus costos compartidos dependen de sus ingresos y su estatus institucional.</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 el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 de su *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 2 Cambios administrativos

Descripción	2020 (este año)	2021 (próximo año)
Cambio de información de contacto para la farmacia por correo directo	Postal Prescription Services (PPS) al (800) 552-6694 o en línea www.ppsrx.com	MedImpact Direct Mail Order al (855)-873-8739 o en línea www.medimpactdirect.com
<p>Información Importante sobre COVID-19</p> <p>Debido a la declaración de Emergencia de Salud Pública (PHE, por sus siglas en inglés) debido al COVID-19, CMS temporalmente modificó normas en amplias áreas, incluyendo capacidad en un hospital, servicios de proveedores, pruebas de COVID-19, y Telesalud. Usted puede recibir servicios bajo estas normas modificadas durante la PHE COVID-19. No sabemos cuánto tiempo dure la PHE COVID-19.</p> <p>Cuando la PHE termine, CMS puede quitar las normas modificadas y exigirnos que cambiemos la manera de proporcionar estos servicios. Para más información, puede comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este paquete) o llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). También puede visitar el sitio web de Medicare en www.medicare.gov.</p>		

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 Medicare Original, automáticamente seguirá inscrito como miembro de nuestro plan Banner – University Care Advantage para el año 2021.

Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que continúe siendo miembro de nuestro plan durante 2021, 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 Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre Medicare Original y los diferentes tipos de planes de Medicare, consulte la publicación *Medicare y Usted 2021*, 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 Buscador de planes de Medicare disponible en el sitio web de Medicare. Visite www.medicare.gov/plan-compare. **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**, inscribese en el nuevo plan. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Banner – University Care Advantage.
- Para **cambiarse a Medicare Original con un plan de medicamentos con receta**, inscribese en un plan de medicamentos nuevo. Automáticamente, se cancelará su inscripción en Banner – University Care Advantage.
- Para **cambiarse a Medicare Original 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 nuestro Centro de Atención al Cliente (en la Sección 7.1 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 Cambio de plan

Si desea cambiar a un plan diferente o a Medicare Original para el próximo año, puede hacerlo desde octubre 15 hasta el 7 de diciembre. El cambio entrará en vigor el 1 de enero de 2021.

¿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 pueden realizar un cambio en otros momentos del año.

Si usted está inscrito en un plan Medicare Advantage para el 1 de enero de 2021 y no le gusta su opción de plan, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura para

medicamentos recetados de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura para medicamentos con receta de Medicare) entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2021. Para obtener más información, consulte el Capítulo 10, Sección 2.3 de la *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Programas que ofrecen asesoramiento gratuito sobre Medicare y AHCCCS (Medicaid)

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP, por sus siglas en inglés) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama Arizona State Health Insurance Assistance Program (Arizona SHIP).

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 de 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 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 Medicaid, póngase en contacto con AHCCCS (Medicaid) llamando al (855) 432-7587, TTY: (800) 367-8939, horas de trabajo: de lunes a viernes de 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 recetados

Es posible que reúna los requisitos para recibir ayuda para pagar los medicamentos recetados. 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 paga algunas de las primas mensuales de los medicamentos recetados, 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 AHCCCS (Medicaid) de su estado (solicitudes).

- **Ayuda con los costos compartidos para medicamentos recetados para personas con VIH/SIDA.** El Programa de ayuda de medicamentos para el SIDA (ADAP, por sus siglas en inglés) 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 al (602) 364-3610 o (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 Atención 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 de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitas.

Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2021 (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 2021. Para obtener detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2021 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 Atención 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), 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 (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 Buscador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a www.medicare.gov/plan-compare).

Lea *Medicare y Usted 2021*

Puede leer el Manual *Medicare y Usted 2021*. 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 (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 (855) 432-7587. Los usuarios de TTY deben llamar al 1(800) 367-8939, horas de trabajo de 8 a.m. a 5 p.m.