

# University Care Advantage (HMO SNP) ofrecido por University Care Advantage, Inc.

## Aviso Anual de Cambios para 2017

Usted está actualmente inscrito/a como miembro de University Care Advantage (HMO SNP). Para el próximo año, se producirán ciertos cambios en los costos y beneficios del plan. *Este folleto explica los cambios.*

---

### Recursos Adicionales

- Esta información está disponible gratis en otros idiomas.
- Favor de comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente llamando al (877) 874-3930 para información adicional. (Usuarios de TTY deben llamar al 711.) El horario es de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana.
- Nuestro Centro de Atención al Cliente también tiene servicios de intérprete gratis disponible para las personas que no hablan inglés.
- Our Customer Care Center also has free language interpreter services available for non-English speakers.
- Este documento puede estar disponible en otros formatos tal como braille, letra grande u otro formato alternativo. Para información adicional, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al número de teléfono listado previamente.
- Cobertura Esencial Mínima (MEC, por sus siglas en inglés): La cobertura bajo este Plan califica como cobertura esencial mínima (MEC) y cumple el requisito de responsabilidad compartido de Protección al Paciente y la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés). Favor de visitar al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) en: <https://www.irs.gov/spanish/disposiciones-tributarias-de-la-ley-de-cuidado-de-salud-a-bajo-precio-para-personas-fisicas-y-familias> para más información sobre el requisito individual de MEC.

### Sobre University Care Advantage

- University Care Advantage es un HMO SNP con un contrato con Medicare y un contrato con el programa de Arizona Medicaid. Inscripción en University Care Advantage depende en la renovación de contrato.
  - Cuando este folleto dice “nosotros, o “nuestro,” significa University Care Advantage, Inc. Cuando dice “plan,” “nuestro plan,” o “University Care Advantage,” quiere decir University Care Advantage (HMO SNP).
-



THE UNIVERSITY OF ARIZONA  
HEALTH PLANS  
University Care Advantage (HMO SNP)

## Aviso sobre normas antidiscriminatorias

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. University Care Advantage (HMO SNP) no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

University Care Advantage (HMO SNP):

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Silvia Parra.

Si considera que University Care Advantage (HMO SNP) no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Silvia Parra, Directora de Operaciones Interina, 2701 E. Elvira Road, Tucson, Arizona 85756, (877) 874-3930, usuarios de TTY deben llamar al 711, Fax (520) 874-3434, [memberservicesinquir@bannerhealth.com](mailto:memberservicesinquir@bannerhealth.com). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Silvia Parra, Directora de Operaciones Interina, está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



THE UNIVERSITY OF ARIZONA  
HEALTH PLANS  
University Care Advantage (HMO SNP)

## Multi-Language Insert

### Multi-language Interpreter Services

#### English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-874-3930 (TTY: 711).

#### Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-877-874-3930 (TTY: 711).

#### Navajo

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánífti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí' hódílnih 1-877-874-3930 (TTY: 711.)

#### 繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-877-874-3930 (TTY: 711)。

#### Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-877-874-3930 (TTY: 711).

#### العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-877-874-3930 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

#### Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-877-874-3930 (TTY: 711).

#### 한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-877-874-3930 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.



## Piense en Su Cobertura de Medicare para el Próximo Año

Medicare le permite cambiar su cobertura de salud y de medicamentos de Medicare. Es importante que consulte su cobertura cada otoño, para asegurarse de que ésta cubrirá sus necesidades el próximo año.

### Cosas importantes que hacer:

- Consulte los cambios de nuestros beneficios y de los costos para ver si lo afectan.** ¿Afectan los cambios a los servicios que utiliza usted? Es importante consultar los cambios de beneficios y costos para asegurarse de que le funcionen bien para el año que viene. Lea las Secciones 2.1 y 2.5 para información sobre los cambios de beneficios y costos de nuestro plan.
- Consulte los cambios de nuestra cobertura de medicamentos recetados para ver si lo afectan.** ¿Se cubrirán sus medicamentos? ¿Están en un nivel distinto? ¿Puede seguir utilizando las mismas farmacias? Es importante revisar los cambios para asegurarse de que nuestra cobertura de medicamentos le funcione bien el año que viene. Lea la Sección 2.6 para información sobre los cambios de nuestra cobertura de medicamentos.
- Consulte para checar si sus doctores y otros proveedores estarán en nuestra red el año que viene.** ¿Están sus doctores en nuestra red? ¿Y los hospitales u otros proveedores que utiliza? Lea la Sección 2.3 y 2.4 para información sobre nuestro *Directorio de Proveedores y Farmacias*.
- Piense en sus costos para el de cuidado de salud en general.** ¿Cuánto gastará de su bolsillo para los servicios y medicamentos recetados que utiliza regularmente? ¿Cuánto gastará en su prima? ¿Cómo se comparan los costos totales a otras opciones de cobertura de Medicare?
- Piense si usted está contento/a con nuestro plan.**

### Si decide permanecer con University Care Advantage:

Si desea permanecer con nosotros el próximo año, es fácil – no necesita hacer nada. Si no hace un cambio, automáticamente quedará inscrito/a en nuestro plan.

### Si decide cambiar de plan:

Si decide que otra cobertura satisfaría mejor sus necesidades, puede cambiar de plan cuando quiera. Si se inscribe en un plan nuevo, su nueva cobertura empezará el primer día del mes después de que solicitó el cambio. Consulte la Sección 3.2 para más información sobre sus opciones.

## Resumen de Costos Importantes para 2017

La gráfica que aparece a continuación compara los costos de 2016 y los costos de 2017 de University Care Advantage en varias áreas importante. **Tenga en cuenta que éste es únicamente un resumen de cambios. Es importante leer el resto de este Aviso Anual de Cambios** y revisar la *Evidencia de Cobertura* adjunta para ver si hay otros cambios de beneficios o costos que lo afecten.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<b>Prima mensual del plan*</b> * Es posible que su prima sea más alta o más baja que esta cantidad. Consulte la Sección 2.1 para detalles.	\$0	\$0
<b>Visitas al consultorio del doctor</b>	Visitas de cuidados primarios: 0% o 20% del costo por consulta ◇  Visitas al especialista: 0% o 20% del costo por consulta ◇	Visitas de cuidados primarios: 0% o 20% por consulta ◇  Visitas al especialista: 0% o 20% por consulta ◇
◇ Su costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid. Comuníquese con su plan de Medicaid.		
<b>Estancias en el hospital como paciente interno</b> Incluye servicios agudos para paciente interno, rehabilitación para paciente interno, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios de hospital de paciente interno. El cuidado de hospital para paciente interno empieza el día que se le admite formalmente a usted al hospital con una orden del médico. El día previo antes de darlo de alta es su último día como paciente interno.	Estas cantidades (◇) para cada período de beneficio son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-60: \$1,288 de deducible</li> <li>• Días 61 al 90: \$322 de copago por día</li> <li>• Días 91-150 (que son los 60 días de reserva de por vida): \$644 de copago por día</li> </ul>	Estas cantidades (◇) para cada beneficio en el 2016 son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Días 1-60: \$1,288 de deducible</li> <li>• Días 61 al 90: \$322 de copago por día</li> <li>• Días 91-150 (que son los 60 días de reserve de por vida): \$644 de copago por día</li> </ul> Estas cantidades pueden cambiar en el 2017.
◇ Su costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid. Comuníquese con su plan de Medicaid.		

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<p><b>Cobertura de medicamentos recetados de la Parte D</b> (Consulte la Sección 2.6 para detalles).</p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos:</p> <p>\$0 de copago <i>o</i> \$1.20 de copago <i>o</i> \$2.95 de copago</p> <p>Los medicamentos de marca y todos los otros medicamentos:</p> <p>\$0 de copago <i>o</i> \$3.60 de copago <i>o</i> \$7.40 de copago</p> <p><i>Las cantidades de copago dependen en sus ingresos y estado institucional.</i></p>	<p>Deducible: \$0</p> <p>Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos:</p> <p>\$0 de copago <i>o</i> \$1.20 de copago <i>o</i> \$3.30 de copago</p> <p>Los medicamentos de marca y todos los otros medicamentos:</p> <p>\$0 de copago <i>o</i> \$3.70 de copago <i>o</i> \$8.25 de copago</p> <p><i>Las cantidades de copago dependen en sus ingresos y estado institucional.</i></p>
<p><b>Cantidad Máximo de su bolsillo</b> Este es el <u>máximo</u> que pagará de su bolsillo para sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 2.2 para detalles).</p>	<p>\$6,700</p>	<p>\$6,700</p>

## Aviso Anual de Cambios para 2017 Contenido

<b>Piense en Su Cobertura de Medicare para el Próximo Año .....</b>	<b>5</b>
<b>Resumen de Costos Importantes para 2017 .....</b>	<b>6</b>
<b>SECCIÓN 1      A No Ser Que Elija Otro Plan, Usted Será Inscrito Automáticamente en University Care Advantage en 2017.....</b>	<b>9</b>
<b>SECCIÓN 2      Cambios a los Beneficios y los Costos para el Próximo Año .....</b>	<b>9</b>
Sección 2.1 – Cambios a la Prima Mensual.....	9
Sección 2.2 – Cambios a su Cantidad Máxima de su Bolsillo.....	10
Sección 2.3 – Cambios a la Red de Proveedores .....	10
Sección 2.4 – Cambios a la Red de Farmacias .....	11
Sección 2.5 – Cambios a los Beneficios y Costos de Servicios Médicos.....	11
Sección 2.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D .....	14
<b>SECCIÓN 3      DecidiendoCuál Plan Elegir .....</b>	<b>17</b>
Sección 3.1 – Si desea permanecer en University Care Advantage .....	17
Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan .....	17
<b>SECCIÓN 4      Fecha Límite para Cambiar de Plan .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 5      Programas Que Ofrecen Asesoría Gratuita sobre Medicare .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 6      Programas que Ayudan a Pagar por Medicamentos Recetados .....</b>	<b>19</b>
<b>SECCIÓN 7      ¿Preguntas? .....</b>	<b>19</b>
Sección 7.1 – Para Obtener Ayuda de University Care Advantage.....	19
Sección 7.2 – Obteniendo Ayuda de Medicare.....	20
Sección 7.3 – Obteniendo Ayuda de AHCCCS (Medicaid).....	20



## SECCIÓN 1 A No Ser Que Elija Otro Plan, Usted Será Inscrito Automáticamente en University Care Advantage en 2017

**Si no hace nada para cambiar su cobertura de Medicare de 2016, lo inscribiremos automáticamente en nuestro University Care Advantage.** Esto quiere decir que, a partir del 1 de enero de 2017, va a recibir su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de University Care Advantage. Si desea, puede cambiar a otro plan de salud de Medicare. También puede cambiarse a Medicare Original.

La información contenida en este documento le explica sobre las diferencias entre sus beneficios actuales en University Care Advantage y los beneficios que tendrá el 1 de enero de 2017 como miembro de University Care Advantage.

## SECCIÓN 2 Cambios a los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

### Sección 2.1 – Cambios a la Prima Mensual

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<b>Prima Mensual</b>	\$0	\$0
(Usted debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare a menos que el Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés) o Medicaid la pague por usted.		

- Su prima mensual del plan será *más* si es requerido que usted pague una multa por inscripción tardía de por vida de la Parte D por estar sin otra cobertura de medicamentos que es por lo menos tan Buena como la cobertura de medicamentos de Medicare (también llamada “cobertura válida”) por 63 días o más si se inscribe en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en el futuro.
- Si alguna vez llega a perder su subsidio por bajos ingresos ("Ayuda Adicional"), deberá mantener su cobertura de la Parte D, o podría verse sujeto/a a una multa por inscripción tardía si alguna vez en el futuro opta por inscribirse en la Parte D. Si tiene un ingreso más alto del que reportó en su última declaración de impuestos (de \$85,000 o más), puede tener que pagar una cantidad adicional cada mes directamente al gobierno por su cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

## Sección 2.2 – Cambios a su Cantidad Máxima de su Bolsillo

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

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<b>Cantidad máxima de su bolsillo</b>	\$6,700	\$6,700
Como nuestros miembros también reciben ayuda de AHCCCS (Medicaid), muy pocos miembros llegan a esta cantidad máxima de su bolsillo. Sus costos por servicios médicos cubiertos (como copagos) cuentan hacia su cantidad máxima de su bolsillo. Sus costos por medicamentos recetados no cuentan hacia su cantidad máxima de su bolsillo.		Una vez haya pagado \$6,700 de su bolsillo por servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B, no pagará nada por sus servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B durante el resto del año de calendario.

## Sección 2.3 – Cambios a la Red de Proveedores

Hay cambios en nuestra red de proveedores para el próximo año. Un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado está ubicado en nuestro sitio web en [www.universitycareadvantage.com](http://www.universitycareadvantage.com). También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para información de proveedores actualizada o pídanos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacia*.

**Consulte el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2017 para informarse si sus proveedores (médico general, especialista, hospitales, etc.) están en nuestra red.** Es importante que sepa que podemos hacer cambios a los hospitales, doctores y especialistas (proveedores) que son parte de su plan durante el año. Hay varias razones por las que su proveedor puede irse de su plan, pero si su doctor o especialista se va de su plan, tiene ciertos derechos y protecciones, resumidos a continuación:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede que cambie durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas cualificados.
- Cuando sea posible, le proveeremos a usted un aviso con por lo menos 30 días de anticipación si su proveedor está dejando nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar a un proveedor nuevo.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor cualificado para que continúe administrando sus necesidades de cuidado de salud.

- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar, y colaboraremos con usted para garantizar que el tratamiento necesario por motivos médicos que está recibiendo no se interrumpa.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor cualificado para reemplazar su proveedor anterior o que su cuidado no se está administrando de manera apropiada, tiene derecho a presentar una apelación de nuestra decisión.
- Si se entera de que su doctor o especialista va a irse de su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar a un nuevo proveedor y a administrar su cuidado de salud.

---

## Sección 2.4 – Cambios a la Red de Farmacias

---

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

Hay cambios en nuestra red de farmacias para el año que viene. Un *Directorio de Proveedores y Farmacias* actualizado se encuentra en nuestro sitio web en [www.universitycareadvantage.com](http://www.universitycareadvantage.com). También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para obtener información de proveedores actualizada o para pedirnos que le enviemos por correo un *Directorio de Proveedores y Farmacias*. **Revise el Directorio de Proveedores y Farmacias de 2017 para ver qué farmacias hay en nuestra red.**

---

## Sección 2.5 – Cambios a los Beneficios y Costos de Servicios Médicos

---

Tome en cuenta que el *Aviso Anual de Cambios* únicamente le dice sobre los cambios de sus beneficios y costos de Medicare.

Estamos cambiando nuestra cobertura de ciertos servicios médicos el próximo año. La información que aparece a continuación describe estos cambios. Para detalles sobre la cobertura y los costos de estos servicios, consulte el Capítulo 4, *Gráfica de Beneficios (lo que se cubre y lo que paga usted)*, en su *Evidencia de Cobertura de 2017*. Una copia de su *Evidencia de Cobertura* fue incluida en este sobre.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<b>Servicios Quiroprácticos Rutina</b>	Cuidado quiropráctico rutinario no está cubierto.	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las consultas de cuidado quiropráctico rutinario.</p> <p>Cubrimos cuidado quiropráctico rutinario hasta 12 consultas de rutina no de Medicare por año calendario.</p>
<b>Servicios de Audición Rutinarios</b>	El plan paga hasta \$1,250 cada tres años por exámenes de audición rutinarios, ajustes/evaluaciones de aparatos de asistencia auditiva y aparatos de asistencia auditiva.	El plan paga hasta \$1,500 cada tres años por exámenes de audición rutinarios, ajustes/evaluaciones de aparatos de asistencia auditiva y aparatos de asistencia auditiva.
<b>Servicios de Apoyo Alimenticio/ Nutricional</b>	Servicios de apoyo alimenticio/ nutricional no están cubiertos,	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para servicios de apoyo alimenticio/ nutricional.</p> <p>Este programa proporciona hasta 10 comidas congeladas, de un vendedor participante, para miembros elegibles recuperándose de una estancia en un hospital como paciente internado o centro de enfermería especializada. Las comidas (en paquetes de 10) debe solicitarse dentro de 30 días de haber sido dado de alta.</p>
<b>Tarjeta de Artículos Sin Receta (OTC, por sus siglas en inglés)</b>	\$35 por mes al ser usada en tiendas participantes para determinadas medicinas sin receta y artículos relacionados con la salud.	\$45 por mes al ser usada en tiendas participantes para determinadas medicinas sin receta y artículos relacionados con la salud.

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<b>Sistema Personal de Respuesta en Caso de Emergencia (PERS, por sus siglas en inglés)</b>	Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS) no está cubierto.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para PERS.  Si se solicita por el inscrito o un profesional de cuidado de salud participante, un Sistema personal de respuesta en caso de emergencia (PERS) en casa será proporcionado para notificar al personal apropiado de una emergencia (por ejemplo, una caída).
<b>Servicios de Podología Rutinaria</b>	Los servicios de podología rutinaria no están cubiertos.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para consultas de cuidado de los pies rutinarias.  Cubrimos 12 consultas de rutina por año para cuidado de los pies rutinario.
<b>Cuidado en un Centro de enfermería especializada (SNF, por sus siglas en inglés)</b>	Las cantidades (◇) para cada periodo de beneficio fueron de \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por los días 1 al 20</li> <li>• \$161 de copago por día , por los días 21 al 100</li> <li>• los días 101 y más usted paga el 100% del costo</li> </ul>	Las cantidades (◇) para cada periodo de beneficio en el 2016 fueron de \$0 o: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No paga nada por los días 1 al 20</li> <li>• \$161 de copago por día , por los días 21 al 100</li> <li>• los días 101 y más usted paga el 100% del costo</li> </ul> Estas cantidades pueden cambiar en el 2017.  ◇ Su costo compartido se basa en su nivel de elegibilidad de Medicaid. Comuníquese con su plan de Medicaid.
<b>Visión</b>	Nuestro plan paga hasta \$100 cada año ya sea por lentes de contacto y pago de ajuste o anteojos (armazones y lentes).	Nuestro plan paga hasta \$200 cada año ya sea por lentes de contacto y pago de ajuste o anteojos (armazones y lentes).

Costo	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<b>Cuidado de Emergencia</b>	No hay una cantidad máxima por consulta.	\$75 de cantidad máxima por consulta.
<b>Servicios Necesarios Urgentemente</b>	No hay una cantidad máxima por consulta.	\$65 de cantidad máxima por consulta.
<b>Servicios de Laboratorio para Pacientes Ambulatorios</b>	No hay coseguro para servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.	0% o 20% de coseguro por servicios de laboratorio cubiertos por Medicare.
<b>Servicios y Suministros Médicos para Diabéticos</b>	Los suministros y servicios médicos para diabéticos no están limitados a esos de un fabricante específico.	Los suministros y servicios médicos para diabéticos <u>están</u> limitados a esos de un fabricante específico.
<b>Capacitación para el Autocontrol de Diabetes</b>	0% o 20% de coseguro para la capacitación para el autocontrol de diabetes no se requiere autorización previa.	No hay coseguro para la capacitación para el autocontrol de la diabetes. Se requiere autorización previa.
<b>Examen de la Vista</b>	No hay coseguro para el examen de la vista cubierto por Medicare.	0% o 20% de coseguro para el examen de la vista cubierto por Medicare.
<b>Exámenes de Audición</b>	No hay coseguro o copago por exámenes de audición cubiertos por Medicare.	0% o 20% de coseguro por exámenes de audición cubiertos por Medicare.

## Sección 2.6 – Cambios a la Cobertura de Medicamentos Recetados de la Parte D

### Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama un Formulario o “Lista de Medicamentos”. Una copia de nuestra Lista de Medicamentos se encuentra dentro de este sobre. La Lista de Medicamentos que incluimos en este sobre incluye muchos – *pero no todos* - los medicamentos que cubriremos el año próximo. Si no encuentra su medicamento en esta lista, puede que aún esté

cubierto. **Puede obtener la Lista de Medicamentos *completa*** llamando a nuestro Centro de Atención al Cliente (vea la contraportada) o visitando nuestro sitio web ([www.universitycareadvantage.com](http://www.universitycareadvantage.com)).

Hemos hecho cambios a nuestra Lista de Medicamentos, incluyendo cambios en los medicamentos que cubrimos y cambios en las restricciones que aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos. **Consulte la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos se cubrirán el año próximo y para ver si habrá cualquier restricción**

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

- **Colabore con su doctor (u otro médico recetante) y solicite al plan que haga una excepción** para cubrir el medicamento. **Nosotros le sugerimos a los miembros actuales** que pidan una excepción antes del próximo año.
  - Para informarse de 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.
- **Colabore con su doctor (o médico recetante) para encontrar un medicamento distinto** que cubramos. Puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.

En algunas situaciones, se nos requiere que cubramos un suministro temporal de una sola vez de un medicamento fuera del formulario en los primeros 90 días de la cobertura del año del plan o de la cobertura. (Para más información sobre cuándo puede obtener un suministro temporal y cómo pedir uno, consulte el Capítulo 5, Sección 5.2 de la *Evidencia de Cobertura*). Durante el tiempo en que esté recibiendo un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su doctor para decidir qué hacer cuando se le acabe el suministro temporal. Usted puede ya sea cambiar a un medicamento distinto cubierto por el plan o pedirle al plan que haga una excepción para usted y que cubra su medicamento actual.

### **Cambios a los Costos de Medicamentos Recetados**

*Nota:* Si está en un programa que ayuda a pagar por sus medicamentos (Ayuda Adicional), **la información sobre los costos para medicamentos recetados de la Parte D puede que no le aplica a usted.** Hemos incluido un documento aparte llamado “Evidencia de Cláusula Adicional para Personas Que Reciben Ayuda Extra para Pagar por Medicamentos Recetados” (también llamado la “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o la “Cláusula Adicional LIS”), la cual habla sobre sus costos de medicamentos. Si recibe “Ayuda Adicional” y no ha recibido este documento con este paquete, favor de llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente y pregunte por la “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” (LIS Rider). Los números de teléfono para nuestro Centro de Atención al Cliente están en la Sección 7.1 de este manual.

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos”. Cuánto paga por un medicamento de la Parte D depende en cuál etapa de medicamento se encuentre. (Puede consultar el Capítulo 6, Sección 2 de su *Evidencia de Cobertura* para más información sobre las etapas).

La información que hay a continuación indica los cambios para el año próximo en 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 Falta de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica. Para obtener información sobre sus costos en estas etapas, consulte el *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7 en la *Evidencia de Cobertura*).

### Cambios a la Etapa de Deducible

Etapa	2016 (este año)	2017 (próximo año)
<b>Etapa 1: Etapa de Deducible Anual</b>	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.	Debido a que no tenemos deducible, esta etapa de pago no le aplica a usted.

### Cambios a Sus Costos Compartidos en la Etapa de Cobertura Inicial

Para informarse cómo los copagos y coseguros trabajan, consulte el Capítulo 6, Sección 1.2 *Tipos de costo de su bolsillo que pueda pagar por medicamentos recetados* en su *Evidencia de Cobertura*.

Etapa	2016 ( este año )	2017 ( próximo año )
<p><b>Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial</b></p> <p>Durante esta etapa el plan paga su parte del costo de sus medicamentos y <b>usted paga su parte del costo</b></p> <p>Los costos en esta hilera son para un suministro de un mes (31 días) cuando surte su receta en una farmacia de la red que proporciona costo compartido normal. Para información sobre los costos para un suministro de largo plazo, consulte el Capítulo 6, Sección 5 de su <i>Evidencia de Cobertura</i>.</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido normal:</p> <p><b>Costo Compartido*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos</li> </ul> <p>Usted paga \$0, \$1.20, o \$2.95 de copago por receta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos</li> </ul> <p>Usted paga \$0, \$3.60 o \$7.40 de copago</p>	<p>Su costo por un suministro de un mes (31 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido normal :</p> <p><b>Costo Compartido *</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos genéricos y de marca tratados como genéricos</li> </ul> <p>Usted paga \$0, \$1.20, o \$3.30 de copago por receta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos de marca y todos los otros medicamentos</li> </ul> <p>Usted paga \$0, \$3.70 o \$8.25 de copago</p>



Una vez que haya pagado \$4,850 de costo de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

*\*Sus copagos se basan de acuerdo a sus ingresos y estado institucional.*

Una vez que haya pagado \$4,950 de costo de su bolsillo por medicamentos de la Parte D, pasará a la siguiente etapa (la Etapa de Cobertura Catastrófica).

*\* Sus copagos se basan de acuerdo a sus ingresos y estado institucional.*

### Cambios a las Etapas de Falta de Cobertura y de Cobertura Catastrófica

Las otras dos etapas de cobertura de medicamentos - la Etapa de falta de Cobertura y la Etapa de Cobertura Catastrófica – son para personas con altos costos de medicamentos. **La mayoría de los miembros no llegan a la Etapa de Falta de Cobertura o la Etapa de Cobertura Catastrófica.** Para información sobre los costos de estas etapas, consulte a su *Resumen de Beneficios* o el Capítulo 6, Secciones 6 y 7, de su *Evidencia de Cobertura*.

## SECCIÓN 3 DecidiendoCuál Plan Elegir

### Sección 3.1 – Si desea permanecer en University Care Advantage

**Para permanecer en nuestro plan no necesita hacer nada.** Si no se inscribe en un plan distinto o se cambia a Medicare Original, se quedará inscrito automáticamente en nuestro plan para el 2017.

### Sección 3.2 – Si desea cambiar de plan

Esperamos que permanezca como miembro el próximo año, pero si quiere cambiar para 2017, siga estos pasos:

#### Paso 1: Averigüe sobre y compare sus opciones

- Puede inscribirse en otro plan de salud de Medicare,
- -- O -- Puede cambiar a Medicare Original. Si cambia a Medicare Original, deberá decidir si se inscribirá en un plan de medicamentos de Medicare y si comprará una póliza de suplemento de Medicare (Medigap).

Para más información sobre Medicare Original y los distintos tipos de planes de Medicare, lea *Medicare y Usted del 2017*, llame a su Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (consulte la Sección 5), o llame a Medicare (consulte la Sección 7.2).

También puede encontrar información sobre los planes en su área, utilizando el Buscador de planes de Medicare en el sitio web de Medicare. Visite <https://es.medicare.gov/> y haga clic en “Buscar planes de salud y de medicamentos.” **En este, podrá localizar información sobre costos, cobertura, y evaluaciones de calidad en cuanto a los planes de Medicare.**

## Paso 2: Cambie su cobertura

- Para **cambiar a otro plan de salud de Medicare**, inscríbese en el nuevo plan. Automáticamente se le dará de baja de University Care Advantage.
- Para **cambiar a Medicare Original con un plan de medicamentos recetados**, inscríbese en el nuevo plan de medicamentos recetados. Automáticamente se le dará de baja de University Care Advantage.
- Para  **cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos recetados**, debe ya sea:
  - Enviarnos una solicitud por escrito dándose de baja. Comuníquese con nuestro Centro de Atención al Cliente si necesita más información sobre cómo hacer esto (los números telefónicos están en la Sección 7.1 de este folleto).
  - – o – Comuníquese con **Medicare**, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pida ser dado de baja. Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 4 Fecha Límite para Cambiar de Plan

Debido a que reúne los Beneficios de Medicare como los de AHCCCS (Medicaid) Completo, puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiar a cualquier otro plan de salud de Medicare (ya sea con o sin cobertura de medicamentos recetados de Medicare) o cambiar a Medicare Original (ya sea con o sin un plan por separado de medicamentos recetados de Medicare) en cualquier momento.

## SECCIÓN 5 Programas Que Ofrecen Asesoría Gratuita sobre Medicare

El Programa Estatal de Ayuda de Seguros Médicos (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados. En Arizona, el SHIP se llama el Departamento de Seguridad Económica Administración para los Adultos y la Tercera edad.

El SHIP de Arizona es independiente (no está conectado con ninguna compañía de seguros ni plan de salud). Es un programa estatal que recibe dinero del gobierno Federal proporcionar asesoría **gratuitamente** sobre los seguros de salud local a las personas con Medicare. Los asesores de SHIP Arizona pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare. Pueden ayudarlo a entender sus opciones de planes de Medicare y contestar preguntas sobre el cambio de planes. Puede llamar a Arizona SHIP al 1-800-432-4040. Puede informarse más sobre Arizona SHIP visitando su sitio web ([azdes.gov](http://azdes.gov)).

## SECCIÓN 6 Programas que Ayudan a Pagar por Medicamentos Recetados

Tal vez cumpla los requisitos para obtener ayuda para pagar por medicamentos recetados.

- **“Ayuda Adicional” de Medicare.** Las personas con ingresos limitados pueden ser elegibles para recibir “Ayuda Adicional” para pagar sus costos de medicamentos recetados. Si es elegible, Medicare podría pagar hasta un 75% o más de sus costos de medicamentos, incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales, y coseguro. Además, las personas que son elegibles no tendrán falta de cobertura ni multas por inscripción tardía. Muchas personas reúnen los requisitos y ni siquiera lo saben. Para ver si es usted elegible, llame al:
  - 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día/los 7 días de la semana;
  - La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y 7 p.m., de lunes a viernes. Usuarios de TTY deben llamar al, 1-800-325-0778 (solicitudes); o
  - Su Oficina de Medicaid Estatal (solicitudes).
- El Programa de Asistencia de Costos Compartidos de Medicamentos para personas con VIH/SIDA. El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles a ADAP que viven con VIH/SIDA tengan acceso a los medicamentos para el VIH que salvan vidas. Las personas deben cumplir ciertos criterios, incluyendo prueba de residencia en el Estado, estatus como paciente VIH, comprobante de bajos ingresos según lo defina el estado, y estatus como persona sin seguro o con seguro insuficiente. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están cubiertas por ADAP, califican para ayuda de costos compartidos de los medicamentos a través de Arizona ADAP. Para información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos, o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al (602) 364-4571 o (800) 334-1540.

## SECCIÓN 7 ¿Preguntas?

### Sección 7.1 – Para Obtener Ayuda de University Care Advantage

¿Preguntas? Estamos aquí para ayudar. Llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al (877) 874-3930. (Usuarios de TTY solamente, llame al 711.) Estamos disponibles para recibir llamadas de teléfono de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana. Las llamadas a estos números son gratuitos.

**Lea su *Evidencia de Cobertura* de 2017 (tiene detalles sobre los beneficios y costos del año próximo)**

Este *Aviso Anual de Cambios* le da un resumen de los cambios de sus beneficios y costos para el 2017. Para detalles, consulte la *Evidencia de Cobertura* de 2017 de University Care Advantage.

La *Evidencia de Cobertura* es la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las normas que necesita seguir para obtener servicios cubiertos y medicamentos recetados. Se ha incluido una copia de la *Evidencia de Cobertura* en este sobre.

### **Visite nuestro sitio web**

También puede visitar nuestro sitio web en [www.universitycareadvantage.com](http://www.universitycareadvantage.com). Le recordamos que nuestro sitio web tiene la información más actualizada sobre nuestra red de proveedores (*Directorio de Proveedores y Farmacias*) y nuestra lista de medicamentos cubiertos (*Formulario/Lista de Medicamentos*).

---

## **Sección 7.2 – Obteniendo Ayuda de Medicare**

---

Para obtener información directamente de Medicare:

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

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

### **Visite el sitio web de Medicare**

Puede visitar el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov/>). Tiene información sobre costos, cobertura y calificaciones de calidad para ayudarlo a comparar planes de salud de Medicare. Puede encontrar información sobre los planes disponibles en su área utilizando el Localizador de Planes de Medicare en el sitio web de Medicare. (Para ver la información sobre los planes, vaya a <https://es.medicare.gov/> y haga clic en “Buscar planes médicos y de medicamentos”).

### **Lea Medicare y Usted 2017**

Puede leer el Manual de *Medicare y Usted 2017*. Cada año en el otoño, este manual se envía por correo a las personas con Medicare. Tiene un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, y respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de Medicare. Si no tiene una copia de este manual, puede obtenerlo en el sitio web de Medicare (<https://es.medicare.gov/>) o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

---

## **Sección 7.3 – Obteniendo Ayuda de AHCCCS (Medicaid)**

---

Para obtener información de AHCCCS (Medicaid), puede llamar a AHCCCS al 1 (800) 654-8713. Usuarios de TTY deben llamar al 711.