

# Lista de Verificación de Preinscripción

Antes de tomar una decisión de inscripción, es importante que comprenda completamente nuestros beneficios y reglas. Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente al (844) 549-1858, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana.

## Comprendiendo los Beneficios

- La Evidencia de Cobertura (EOC, por sus siglas en inglés) proporciona una lista completa de todas las coberturas y servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite [www.BannerHealth.com/MA](http://www.BannerHealth.com/MA) o llame al (844) 549-1858, TTY 711, para ver una copia del EOC.
- Revise el directorio de proveedores (*o pregúntele a su doctor*) para asegurarse de que los doctores que tiene ahora estén en la red. Si no están en la lista, significa que es probable que tenga que seleccionar un nuevo doctor.
- Revise el directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que usa para cualquier medicamento recetado esté en la red. Si la farmacia no está en la lista, es probable que tenga que seleccionar una nueva farmacia para sus recetas.
- Revise el formulario para asegurarse de que sus medicamentos recetados estén cubiertos.

## Comprendiendo las Reglas Importantes

- Solo Plan PPO** - Además de la prima mensual de su plan, debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Solo Plan HMO** - Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare. Esta prima normalmente se descuenta de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Solo Plan D-SNP** - Su prima de la Parte B de Medicare es pagada por el estado siempre y cuando permanezca inscrito en un plan estatal de Medicaid.
- Los beneficios, primas y/o copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Solo Planes HMO y D-SNP** - Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios de proveedores fuera de la red (*doctores que no se encuentran en el directorio de proveedores*).
- Solo Plan PPO** - Nuestro plan PPO le permite ver proveedores fuera de nuestra red (*proveedores no contratados*). Sin embargo, aunque pagaremos por los servicios cubiertos, el proveedor debe aceptar atenderlo. Excepto en una situación de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegarle la atención médica. Además, pagará un copago más alto por los servicios recibidos por proveedores no contratados.
- Solo Plan D-SNP** - Este plan es un plan para necesidades especiales con elegibilidad doble (D-SNP, por sus siglas en inglés). Su posibilidad para inscribirse se basará en la verificación de que tiene derecho tanto a Medicare como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid.
- Efecto Sobre la Cobertura Actual** - Si actualmente está inscrito en un plan Medicare Advantage, su cobertura de atención médica actual de Medicare Advantage finalizará una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Si tiene Tricare, su cobertura puede verse afectada una vez que comience su nueva cobertura de Medicare Advantage. Comuníquese con Tricare para obtener más información. Si tiene un plan Medigap, una vez que comience su cobertura de Medicare Advantage, es posible que desee cancelar su póliza Medigap porque pagará una cobertura que no puede usar.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen ninguna obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Por favor llame a nuestro Centro de Atención al Cliente o vea su Evidencia de Cobertura para obtener más información, incluyendo el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.